

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand



Deutsches
Rotes
Kreuz

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

*zutreffendes bitte ankreuzen

Für nachfolgend aufgeführte Ausbildungen / Tätigkeiten in der DRK-Wasserwacht*

- Wasserretter / Fließwasserrettung Hubschraubergestützte Wasserrettung
 Lehrgang Signalmann _____

Ich bin bereit im o.g. Tätigkeitsbereich der DRK-Wasserwacht mitzuwirken. Mir ist bekannt, dass diese Tätigkeit mit Risiken verbunden ist. Ich bin mir bewusst, dass diese Risiken erhöht werden, wenn bei mir gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Ich erkläre hiermit, dass ich*

- ohne gesundheitliche Einschränkungen im o.g. Tätigkeitsbereich mitwirken kann
 nur mit folgenden ärztlichen / gesundheitlichen Einschränkungen mitwirken kann
(ggf. lege ich ein ärztliches Attest bei, in welchem Umfang ich mitwirken kann.)

Ich bin mir bewusst, dass ich im eigenen Interesse bei zukünftigen Erkrankungen gehalten bin, mich mit dem jeweils behandelnden Arzt zu besprechen, inwieweit die o.g. Tätigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt werden sollte. Ich verpflichte mich, jede bekannt gewordene Minderung der Einsatzfähigkeit dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Einsatzführer, Führungskraft ...) unverzüglich unter Angabe des Umfangs der Beeinträchtigung mitzuteilen.

Ergänzende Informationen zur Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Grundsätzlich wird vor der erstmaligen Selbsterklärung bzw. Teilnahme an einer der o.g. Ausbildungen oder Aufnahme der o.g. Tätigkeiten eine ärztliche Untersuchung empfohlen. Zwischenzeitliche schwerere Erkrankungen, insbesondere der u.g. Arten, machen eine erneute ärztlichen Untersuchung sinnvoll.

Mögliche Gefährdungen können insbesondere bestehen bei:

- Herz-Kreislauferkrankungen
 - Erkrankungen der Atemwege oder des Ohres
 - Asthmatiker und starke Allergiker sollten vorher immer einen Arzt konsultieren
 - Anfallsleiden wie Epilepsie schließen die o.g. Aktivitäten grundsätzlich aus!
- Die nachfolgenden Fragen sollen Ihnen helfen herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Ausbildung / Tätigkeit angezeigt ist. Eine mit „JA“ beantwortete Frage schließt Sie nicht zwingend von der Ausbildung / Tätigkeit aus. Sie gibt jedoch einen Hinweis darauf, dass die Sicherheit bei der Ausbildung / Ausübung der Tätigkeit beeinträchtigt sein kann und vorher eine ärztliche Untersuchung und Beratung erfolgen sollte.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen den momentanen bzw. vergangenen Gesundheitszustand betreffend **für sich selbst bzw. als Erziehungsberechtigter für Ihr Kind mit Ja oder Nein**. Wenn Sie bei einer Frage unsicher sind, antworten Sie mit **Ja**. Falls eine Frage mit **Ja** beantwortet wird, ist eine Untersuchung oder Beratung bei einem Arzt erforderlich, bevor die Tätigkeit oder Ausbildung begonnen wird.

Hatten oder haben Sie (bzw. Ihr Kind):

- Eine Herz- und/oder Kreislauferkrankung?
- Hohen Blutdruck? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
- Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?
- Einen Lungenkollaps oder Pneumothorax (Lungenriss)?
- Asthma? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
- Eine andere Lungenerkrankung?
- Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?
- Häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien?
- Häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?
- Einen operativen Eingriff an Herz, Lunge oder Brustkorb?
- Epilepsie, Anfälle oder Krämpfe? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Hatten oder haben Sie (bzw. Ihr Kind):

- Gedächtnisstörungen, einen Blackout, eine Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit oder wiederholte Schwindelanfälle?
- Eine andere Erkrankung des Gehirns oder des Nervensystems, inklusive eines Schlaganfalls oder Multipler Sklerose?
- Wiederholt migräneartige Kopfschmerzen oder Migräneanfälle? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
- Chirurgische Eingriffe an Ohren oder Nebenhöhlen?
- In den letzten 10 Jahren regelmäßige Probleme mit den Ohren? Ohrenkrankheiten, Hörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?
- Häufige Übelkeit bei Fahren auf dem Boot oder im Auto? Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten in die Berge bzw. im Flugzeug?
- Einen Tauchunfall oder eine Dekompressionskrankheit?
- Häufig auftretende Rückenbeschwerden? Eine Rücken- / Wirbelsäulenerkrankung oder einen operativen Eingriff im Rückenbereich?
- Diabetes mellitus? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
- Weichteilbrüche (z.B. Leiste, Nabel, Zwerchfell) oder Geschwüre, die ggf. operiert wurden?
- Magen-Darm-Probleme oder einen künstlichen Darmausgang?
- Mentale oder psychische Erkrankungen? Angst vor engen Räumen bzw. Platzangst? Panikattacken? Eine diagnostizierte Depression?
- In den letzten 5 Jahren übermäßigen Konsum / Missbrauch von Drogen, Medikamenten oder Alkohol? Probleme mit der Einnahme von Betäubungsmitteln?
- Einschränkungen, selbst mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,5 km in 10 Min. gehen)?

Nehmen Sie (bzw. Ihr Kind) aktuell verschreibungspflichtige / rezeptpflichtige Medikamente (ohne Empfängnisverhütung)?

Sind Sie (bzw. Ihr Kind) aktuell in ärztlicher Behandlung oder im letzten Jahr gewesen (ohne triviale Infekte wie Erkältungen oder unbedeutende Verletzungen)?

Ist Ihnen (bzw. Ihrem Kind) jemals ein Gesundheitsattest (für Führerschein, Tauchschein, etc.) verwehrt worden oder wurden spezielle gesundheitsbezogene Bedingungen für einen Versicherungsvertrag oder einen Führerschein vereinbart bzw. auferlegt?

Ich bin damit einverstanden, dass diese Erklärung durch die DRK-Wasserwacht zur Lehrgangsakte bzw. meiner Personalakte genommen und entsprechend auch elektronisch verarbeitet und abgespeichert wird.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

ggf. Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____

Diese Erklärung hat eine Gültigkeit von max. zwei Jahren und ist nach Ablauf dieser Zeit ggf. erneut einzureichen.