Prüfungskarte für das Deutsche Rettungsschwimmabzeichen Bronze (DRSA Bronze)

Ersterwerb / . Wiederholung (Ersterwerb Reg.Nr.:)

Personalien des Bewerbers

Vorname Name: .....

Geb. am: .....

Straße, Nr., PLZ, Wohnort: .....

Eintritt in die DLRG am: ..... in: .....

Erklärung des Bewerbers und bei Minderjährigen zusätzlich des gesetzlichen Vertreters

Ich erkenne die Vorgaben der Prüfungsordnung Schwimmen/Rettungsschwimmen für das DRSA Bronze an.

.....

Ort, Datum, Unterschrift des Bewerbers

Bei Minderjährigen:
Ich bin damit einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter das DRSA Bronze erwirbt.

.....

Ort, Datum, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ausfertigungsstelle:

Eingetragen am: Reg.Nr.:

Name, Vorname: hat vom: bis:

Am DLRG Lehrgang in regelmäßig teilgenommen.

Prüfungsleistungen	Erfüllt am	Ausbilder
theoretische Prüfung (bundeseinheitlicher Fragebogen)		
200 m Schwimmen in höchstens 10 Minuten, davon 100 m in Bauchlage und 100 m in Rückenlage mit Grätschschwung ohne Armtätigkeit		
100 m Schwimmen in Kleidung in höchstens 4 Minuten, anschließend im Wasser entkleiden		
drei verschiedene Sprünge aus etwa 1 m Höhe (z.B. Paketsprung, Schrittsprung, Startsprung, Fußsprung, Kopfsprung)		
15 m Streckentauchen		
50 m Transportschwimmen: Schieben oder Ziehen		
zweimal Tieftauchen von der Wasseroberfläche, einmal kopfwärts und einmal fußwärts, innerhalb von 3 Minuten mit zweimaligem Heraufholen eines 5 kg Tauchrings oder eines gleichartigen Gegenstandes (Wassertiefe zwischen 2 und 3 m)		
Fertigkeiten zur Vermeidung von Umklammerungen sowie zur Befreiung aus Hals-umklammerung von hinten und Halswürgegriff von hinten.		
50 m Schleppen, je eine Hälfte mit Kopf- oder Achselschleppgriff und dem Standard-Fesselschleppgriff		
kombinierte Übung, die ohne Pause in der angegebenen Reihenfolge zu erfüllen ist: 20 m Anschwimmen in Bauchlage, hierbei etwa auf halber Strecke abtauchen auf 2 bis 3 m Wassertiefe und Heraufholen eines 5 kg Tauchrings oder eines gleichartigen Gegenstandes, diesen anschließend fallen lassen und das Anschwimmen fortsetzen, 20 m Schleppen eines Partners		
Demonstration des Anlandbringens		
3 Minuten Durchführung der Herz-Lungen-Wiederbelebung (HLW)		

Ich bestätige, dass die Prüfungsleistungen nach den Vorgaben der Prüfungsordnung Schwimmen/Rettungsschwimmen der DLRG erfüllt wurden.

Name und Nummer des Ausbilders Ort, Datum, Unterschrift Ausbilder

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG*:

- ☐ Fit-Schwimmen & Aqua-Fit
- ☐ Deutsches Schwimmabzeichen / Seepferdchen (DSA) -B/-S/-G
- ☑ Deutsches Rettungsschwimmabzeichen (DRSA) -B/-S/-G
- ☐ Fachausbildung Wasserrettungsdienst
- ☐ Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)
- ☐ Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst
- ☐ Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen
- ☐ _____

Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft

Vorname _____ Nachname _____ Geburtstag _____

Straße & Hausnummer _____ Postleitzahl und Ort _____

E-Mail-Adresse _____ Aktuelles Schwimmabzeichen _____

Ich bin bereit, im o.g. Tätigkeitsbereich der DLRG mitzuarbeiten. 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. Nach Rücksprache mit meinem Arzt erkläre ich, dass ich:

- ☐ ohne gesundheitliche Einschränkungen im o.g. Tätigkeitsbereich mitarbeiten kann.
- ☐ nur mit folgenden ärztlichen Einschränkungen (ggf. lege ich ein ärztl. Attest bei, in welchem Umfang ich mitarbeiten 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 so bekannt gewordene Minderung der Einsatz-fähigkeit dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Einsatzführer, Trainer ...) unverzüglich unter Angabe des Umfangs der Beeinträchtigung mitzuteilen. Dieser übernimmt mit der Entgegennahme der Information die Verpflichtung, die erhaltene Information ausschließlich zu dienstlichen Zwecken zu verwenden und die Information in diesem Rahmen auch vertraulich zu behandeln.

Ergänzende Informationen zur Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Grundsätzlich wird vor der erstmaligen Selbsterklärung eine ärztliche Grunduntersuchung empfohlen. Zwischenzeitliche schwerere Erkrankungen, insbesondere der u. g. Arten bedürfen einer erneuten ärztlichen Untersuchung. Möglichen Gefährdungen:
- Herz- Kreislauferkrankungen.
- Erkrankungen der Atemwege oder des Ohres.
- Asthmatiker und starke Allergiker sollten sich grundsätzlich vorher ärztlich unter suchen lassen.
- Anfallsleiden (Epilepsie o.ä.) schließen eine der o.g. Aktivitäten grundsätzlich aus!

Die nachfolgenden Fragen sollen helfen herauszufinden, ob eine ärztliche Untersuchung vor der Teilnahme angezeigt ist. Eine mit „JA“ beantwortete Frage muss nicht zum Ausschluss von der Teilnahme führen. Sie gibt jedoch einen Hinweis darauf, dass die Sicherheit bei der Ausübung der Tätigkeit beeinträchtigt sein kann und eine ärztliche Untersuchung daher ratsam ist.

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 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 oder Ihr Kind:
- Asthma oder Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung?
- häufige oder ernste Anfälle von Heuschnupfen bzw. Allergien?
- häufige Erkältungen, Nebenhöhlenentzündungen, Bronchitis?
- eine Lungenerkrankung?
- einen Pneumothorax (Lungenriss)?
- chirurgische Eingriffe im Bereich des Brustkorbes?
- Platzangst oder Angst in geschlossenen Räumen?
- Gesundheitsprobleme bei spez. Verhaltensweisen/Stimmungen (Depressionen)?
- Epilepsie, Anfälle oder Krämpfe? Werden Medikamente eingenommen?
- wiederholte migräneartige Kopfschmerzen. Werden Medikamente eingenommen?
- Gedächtnisstörungen oder Ohnmacht bzw. Bewusstlosigkeit?
- häufige Übelkeit durch Fahren auf dem Boot oder im Auto?
- einen Tauchunfall oder Dekompressionskrankheit?
- immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?
- chirurg. Eingriffe im Rückenbereich, Verl. bzw. Frakturen an Rücken, Armen oder Beinen?
- Diabetes?
- die Unfähigkeit, mäßige Körperübungen zu erfüllen (z.B. 1,5 km in 10 Min. gehen)?
- hohen Blutdruck? Werden Medikamente eingenommen?
- Herzkrankheiten?
- chirurgische Eingriffen an Ohren oder Nebenhöhlen?
- Ohrenkrankheiten, Gehörschwäche oder Gleichgewichtsstörungen?
- Schwierigkeiten beim Druckausgleich bei Fahrten in die Berge bzw. im Flugzeug?
- Blutungen bzw. Blutgerinnungsstörungen?
- Weichteilbrüche (Leisten, Nabel, Lenden, Zwerchfell)?
- Geschwüre oder operativ entfernte Geschwüre?
- Magen-Darm-Probleme?
- übermäßigen Konsum von Medikamenten oder Alkohol?
- Probleme mit der Einnahme von Betäubungsmitteln?
- eine hier nicht aufgeführte Erkrankung ?

Diese Erklärung hat eine Gültigkeit von max. zwei Jahren und ist nach Ablauf dieser Zeit erneut abzugeben. Die Angaben sind durch die aufnehmende Gliederung vertraulich zu behandeln.

Ort / Datum _____ Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin _____ ggf. Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____