Prüfungskarte für das Deutsche Rettungsschwimmabzeichen Silber (DRSA Silber)

DLRG

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

Personalien des Bewerbers

Vorname Name: .....

Geboren 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 Silber an.

.....

(Ort, Datum, Unterschrift des Bewerbers)

Bei Minderjährigen:
Ich bin damit einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter das DRSA Silber 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)		
Erste Hilfe (nach den Vorgaben der BAGEH)		
400 m Schwimmen in höchstens 15 Minuten, davon 50 m Kraulschwimmen, 150 m Brustschwimmen und 200 m in Rückenlage mit Grätschschwung ohne Armtätigkeit		
300 m Schwimmen in Kleidung in höchstens 12 Minuten, anschließend im Wasser entkleiden		
ein Sprung aus 3 m Höhe		
25 m Streckentauchen		
dreimal Tieftauchen von der Wasseroberfläche, zweimal kopfwärts und einmal fußwärts innerhalb von 3 Minuten, mit dreimaligem Heraufholen eines 5 kg Tauchrings oder eines gleichartigen Gegenstandes (Wassertiefe zwischen 3 und 5 m)		
50 m Transportschwimmen: Schieben oder Ziehen in höchstens 1:30 Minuten		
Fertigkeiten zur Vermeidung von Umklammerungen sowie zur Befreiung aus Halsumklammerung von hinten und Halswürgegriff von hinten		
50 m Schleppen in höchstens 4 Minuten, beide Partner in Kleidung, je eine Hälfte der Strecke mit Kopf- oder Achsel- und einem Fesselschleppgriff (Standard-Fesselschleppgriff oder Seemannsgriff)		
Handhabung und praktischer Einsatz eines Rettungsgerätes (z.B. Gurtretter, Wurfleine oder Rettungsring)		
kombinierte Übung, die ohne Pause in der angegebenen Reihenfolge zu erfüllen ist: Sprung kopfwärts ins Wasser, 20 m Anschwimmen in Bauchlage, Abtauchen auf 3 bis 5 m Tiefe, Heraufholen eines 5 kg Tauchrings oder eines gleichartigen Gegenstandes, diesen anschließend fallen lassen, Lösen aus einer Umklammerung durch einen Befreiungsgriff, 25 m Schleppen, Sichern und Anlandbringen des Geretteten, 3 Minuten Durchführen 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 _____