

# BEITRITTSERKLÄRUNG

zum Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft Bezirk Altona e.V.

Bitte nachfolgende Felder in Druckbuchstaben und gut leserlich ausfüllen



## Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft

DLRG Bezirk Altona e.V.  
Elbchausee 351, 22609 Hamburg  
Telefon: 040 524773640

E-Mail: [altona@hamburg.dlrg.de](mailto:altona@hamburg.dlrg.de)  
Webseite: [www.altona.dlrg.de](http://www.altona.dlrg.de)

Gläubiger Identifikationsnummer:  
DE55SMG00000089286

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers	
Name, Vorname / Firma			
Anschrift (Straße, Hausnummer)			
PLZ, Ort			
Geburtsdatum		Telefon*	
		Mobil*	
E-Mail*			

### Mitgliedsbeitrag pro Kalenderjahr ab

2024 bis zum 18. Lebensjahr 41,00 Euro  
2026 bis zum 18. Lebensjahr 42,00 Euro  
2028 bis zum 18. Lebensjahr 43,00 Euro  
Mindestbeitrag für Vereine 50,00 Euro

ab dem 18. Lebensjahr 61,00 Euro  
ab dem 18. Lebensjahr 63,00 Euro  
ab dem 18. Lebensjahr 65,00 Euro  
Mindestbeitrag für Firmen 100,00 Euro

Zusätzlich werden einmalig bei Aufnahme 15,00 Euro für die Erstellung der Mitgliedsunterlagen eingezogen. Jegliche Änderungen der Adresse und/oder Bankverbindung sind unverzüglich dem DLRG Bezirk Altona e.V. anzugeben. Evtl. entstehende Kosten, die aufgrund einer nicht mitgeteilten Änderung entstehen, gehen zu Lasten des Mitglieds.

### Wichtige Hinweise

\* Zusätzliche Daten wie meine E-Mail-Adresse und meine Telefon-/Mobilverbindung werden nur für DLRG-interne Zwecke verwendet und nicht weitergegeben. Mit Angabe der E-Mail-Adresse werde ich in die Mailingliste des DLRG Bezirk Altona e.V. aufgenommen. So erhalte ich regelmäßig Informationen über Aktivitäten und Termine des DLRG Bezirk Altona e.V. Den Newsletter kann ich jederzeit telefonisch oder per Mail abbestellen. Nach §4 Abs.1 erkenne ich durch meine Beitrittserklärung die Satzung und Ordnungen der DLRG an und übernehme alle sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten. Die Satzung kann ich jederzeit auch im Internet unter <https://altona.dlrg.de/der-verein/mitgliedschaft/> einsehen

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. der Erziehungsberechtigten)

### Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

#### 1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den DLRG Bezirk Altona e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

#### 2. SEPA-Lastschrift

Ich ermächtige den DLRG Bezirk Altona e.V. Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an die von dem DLRG Bezirk Altona e.V. auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.



# Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG\*:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen | <input type="checkbox"/> Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst    |
| <input type="checkbox"/> Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)       | <input type="checkbox"/> Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Fachausbildung Wasserrettungsdienst             |   |
| <input type="checkbox"/> Strömungsrettung                                | <input type="checkbox"/> _____  |

Vorname und Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Ich bin bereit, im oben genannten 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.\*
- ich nur mit folgenden ärztlichen Einschränkungen mitarbeiten kann (ggf. lege ich ein ärztliches 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 oben genannte Tätigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt werden sollte. Ich verpflichte mich, jede so bekannt gewordene Minderung der Einsatzfähigkeit dem jeweiligen Verantwortlichen (Ausbilder, Einsatzführer, Trainer, usw.) 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 unten genannten. 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 untersuchen lassen.
- Anfallsleiden (Epilepsie o. ä.) schließen eine der oben genannten 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 Sorgeberechtigter für das Kind** oder als bestellter Betreuer für die oben genannte Person mit **Ja** oder **Nein**. Wenn Sie unsicher sind, antworten Sie mit Ja. Falls eine Frage (s. u.) mit **Ja** beantwortet wird, ist eine Untersuchung oder Beratung bei einem Arzt erforderlich, bevor die Tätigkeit oder Ausbildung begonnen wird.

**Haben oder hatten Sie** bzw. das Kind oder die oben genannte Person:

- 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 speziellen 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 eine Dekompressionskrankheit?
- immer wieder auftretende Rückenbeschwerden?
- chirurgische Eingriffe im Rückenbereich oder Verletzungen 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?

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

ggf. Unterschrift des Sorgeberechtigten bzw. des bestellten Betreuers

**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.**

\* Zutreffendes bitte ankreuzen