

Prüfungskarte für den Erwerb des 152 Deutsches Rettungsschwimmabzeichen – Silber –

Voraussetzung für den Erwerb

Das Rettungsschwimmabzeichen Silber kann frühestens nach Vollendung des 14. Lebensjahres erworben werden (Ausbildung und Prüfung). EH nach (BAGEH / QS – EH der DGUV). Die Ausbildung oder Fortbildung darf nicht länger als zwei Jahre zurückliegen.

Die Prüfung besteht aus einem praktischen und theoretischen Teil.

1. Prüfung am: _____

I Die praktische Prüfung umfasst folgende Elemente:

- 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 Herausholen 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, Herausholen 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)

I Die theoretische Prüfung umfasst den Nachweis folgender Kenntnisse:

- Atmung und Blutkreislauf, Gefahren am und im Wasser, Hilfe bei Bade-, Boots- und Eisunfällen (Selbst- und Fremdreitung), Vermeidung von Umklammerungen, Erste Hilfe, Rechte und Pflichten bei Hilfeleistungen, Rettungsgeräte, Aufgaben und Tätigkeiten der DLRG

Einsatz von Schwimmbrillen und Limitierungen

Die Prüfungsbestimmungen sind für männliche und weibliche Personen gleich. Alle Übungen und Prüfungen sind in Schwimmbekleidung und ohne Hilfsmittel (z.B. Schwimmbrille, Auftriebshilfen) durchzuführen.

Für die Prüfungsabnahme existieren keine Ausnahmen.

Angaben des Bewerbers

1. Personalien des Bewerbers

Name, Vorname: _____

Geb. am: _____

Straße, Nr., PLZ, Wohnort: _____

2. Erklärung des Bewerbers und – bei Minderjährigen – zusätzlich des gesetzlichen Vertreters

Ich erkenne die Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften der Deutschen Prüfungsordnung Schwimmen / Rettungsschwimmen an.

(Ort, Datum Unterschrift des Bewerbers)

Bei Minderjährigen:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter / mein Sohn das oben genannte Abzeichen erwirbt.

(Ort, Datum Unterschrift des gesetzl. Vertreters)

3. Ausfertigungsstelle:

Eingetragen am:

Nr.:



Selbsterklärung zum Gesundheitszustand



Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.

für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG*:

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

Vor- und Zuname

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- Kreislaufkrankungen.
- 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