



An alle Rettungsschwimmer

Wachdienst im Freibad Denkendorf 2026

Wie in jedem Jahr wollen wir auch 2026 wieder an den Wochenenden und Feiertagen im Freibad Denkendorf einen leistungsstarken und motivierten Wachdienst aufstellen.

Voraussetzungen: Mindestalter 14 Jahre und ein gültiges Rettungsschwimmabzeichen Bronze/Silber/Gold.

Wachzeiten: 09. Mai bis 13. September 2026
samstags 14-19 Uhr
sonn-/feiertags 10-14 Uhr und 14-19 Uhr

Aufwandsentschädigung: Jahreskarte für das Denkendorfer Freibad für 2025 und eine kleine Aufwandsentschädigung (5€ je Wachstunde).

Wenn Ihr Interesse habt das Freibadteam zu unterstützen, füllt bitte bis zum

Landesverband Württemberg e.V.

Bezirk Esslingen

Ortsgruppe Ostfildern-Denkendorf

Edwin Breuning

Leiter Einsatz

leiter.einsatz@ostfildern-denkendorf.dlrg.de

Telefon: 0173/8390537

Pascal Ott

stv. Leiter Einsatz

stv.leiter.einsatz@ostfildern-denkendorf.dlrg.de

Telefon: 0157/54438409

Volksbank Plochingen

BIC: GENODES1VBP

IBAN: DE79 6119 1310 0001 4320 01

15. April 2026

die untenstehende Anmeldung aus und gebt sie im Training ab oder schickt sie per Email an leiter.einsatz@ostfildern-denkendorf.dlrg.de oder stv.leiter.einsatz@ostfildern-denkendorf.dlrg.de.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben muss eine Bestätigung zum Gesundheitszustand abgegeben werden. Deshalb ist es notwendig das beigefügte Formblatt mit der Anmeldung zusammen unterschrieben abzugeben. Ohne die Erklärung kann kein Wachdienst geleistet werden.

Mit kameradschaftlichen Grüßen

Edwin Breuning und Pascal Ott

Anmeldung zum Wachdienst im Freibad Denkendorf 2025

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____
 Straße: _____ Wohnort: _____
 Tel. Nr.: _____ E-Mail: _____
 IBAN: _____ Kontoinhaber: _____

DRSA: ☐ Bronze ☐ Silber ☐ Gold Letzter EH-Kurs (Datum): _____

Kreuzt bitte jeden Tag an, an dem Ihr Zeit habt – keine Angst, ihr werdet dann nicht an jedem der Termine eingeteilt, sondern maximal 6-7 Schichten.

Mai	Sa, 09.05	So, 10.05	Do, 14.05	Sa, 16.05	So, 17.05	Sa, 23.05	So, 24.05	Mo, 25.05	Sa, 30.05	So, 31.05
10-14 Uhr										
14-19 Uhr										
Juni	Do, 04.06	Sa, 06.06	So, 07.06	Sa, 13.06	So, 14.06	Sa, 20.06	So, 21.06	Sa, 27.06	So, 28.06	
10-14 Uhr										
14-19 Uhr										
Juli	Sa, 04.07	So, 05.07	Sa, 11.07	So, 12.07	Sa, 18.07	So, 19.07	Sa, 25.07	So, 26.07		
10-14 Uhr										
14-19 Uhr										
August	Sa, 01.08	So, 02.08	Sa, 08.08	So, 09.08	Sa, 15.08	So, 16.08	Sa, 22.08	So, 23.08	Sa, 29.08	So, 30.08
10-14 Uhr										
14-19 Uhr										
September	Sa, 05.09	So, 06.09	Sa, 12.09	So, 13.09						
10-14 Uhr										
14-19 Uhr										

Bei mehr als 3 eingeteilten Dienste bekommt ihr rechtzeitig vor Beginn der Wachsaison eine Freibadkarte.

Bei Änderungen bitte selbstständig einen Ersatz suchen oder rechtzeitig Bescheid geben:

leiter.einsatz@ostfildern-denkendorf.dlrg.de oder 0173 8390537

stv.leiter.einsatz@ostfildern-denkendorf.dlrg.de oder 01575 4438409

Bekleidung: Rotes DLRG T-Shirt und Hose! Wer noch Wachkleidung benötigt bekommt T-Shirt und Hose im Paket oder alternativ ein Tanktop/Achselshirt. Die Wachkleidung der letzten Jahre kann weiterhin getragen werden.

T-Shirt: XS S M L XL XXL 3XL

Hose: XS S M L XL XXL 3XL

Tanktop/Achselshirt (Anstelle von T-Shirt + Hose)

 XS S M L XL XXL 3XL

Unterschrift: _____ ggf. Erziehungsberechtigte/r: _____

Merkblatt M3-002-17

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Bestimmte Ausbildungsgänge oder Tätigkeiten in der DLRG erfordern eine Aussage zum Gesundheitszustand.

Im Rahmen von Tauglichkeitsuntersuchungen werden sehr häufig gesunde junge Menschen unter hohen Kosten nicht zielführenden Untersuchungen unterworfen.

Die Ressorttagung Medizin hatte sich schon vor Jahren dieses Themas angenommen und nach juristischer Prüfung und Beschlussfassung des Präsidialrates für bestimmte Fälle, ein Formular „Selbsterklärung zum Gesundheitszustand“ entwickelt. Dieses Formular wurde nun aktualisiert.

Die Selbsterklärung kann unter anderem in folgenden Bereichen Anwendung finden:

- Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen
- Fachausbildung Wasserrettungsdienst
- Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)
- Strömungsrettung
- Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst
- Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen

Unbenommen hiervon sind vorgeschriebene ärztliche Tauglichkeitsuntersuchungen, z. B. für das Geräte- und Einsatztauchen sowie für Bootsführer (z. B. Rot-/Grün Schwäche).

Sofern durch die betreffende Person in der Selbstauskunft Einschränkungen angegeben werden, empfiehlt es sich, dem verantwortlichen Ausbilder/Trainer ein ärztliches Attest vorzulegen, in dem festgelegt ist, in welchem Umfang die Person trotz Einschränkungen eingesetzt werden kann.

Das anliegende, am PC ausfüllbare Formular kann auch auf der Internetseite der DLRG im Bereich Medizin (Downloads) heruntergeladen werden. Alternativ kann auch weiterhin die Vorlage eines ärztlichen Tauchtauglichkeitsnachweis nach alter Art nur noch online erhältlich im Fachbereich (dlrg.de | für Mitglieder | Einsatz | Tauchen | Downloads) genutzt werden.

Bad Nenndorf, 10.07.2017

Gez.
Dr. med. Norbert Matthes
DLRG Bundesarzt

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand

Für nachfolgende Ausbildungen/Tätigkeiten in der DLRG*:

- ☐ Ausbildungen im Schwimmen und Rettungsschwimmen
☐ Deutsches Schnorcheltauchabzeichen (DSTA)
☐ Fachausbildung Wasserrettungsdienst
☐ Strömungsrettung

- ☐ Teilnahme am (zentralen) Wasserrettungsdienst
☐ Teilnahme an rettungssportlichen Veranstaltungen
☐

.....
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.)

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 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