

# Ortsverbandsmeisterschaft von Gerbrunn im Rettungsschwimmen

am Samstag 15. Februar 2025

Meldeschluss: 25. Januar 2025 um 19 Uhr



Wettkampfstätte 1: Hallenbad Gerbrunn, Kopernikusstraße 15A, 97218 Gerbrunn

Beginn: 18:15 Uhr für alle Teilnehmer\*      Ende: ca. 21:00 Uhr

Wettkampfstätte 2: Nordbad, Frankenstraße 201, 97078 Würzburg

Beginn: 18:30 Uhr für alle Teilnehmer\*      Ende: ca. 21:00 Uhr

\* vorbehaltlich kurzfristiger Änderungen

Siegerehrung: Ort und Zeit werden spätestens im Anschluss an den Wettkampf bekanntgegeben.

Die genaue Wettkampfstätte wird ab Anfang Februar bekanntgegeben.

Es werden vorrangig Einzelwettkämpfe stattfinden.

Die Mannschaftswettkämpfe werden im Zweifel im Training nachgeholt.

## ***Einzelwettkämpfe:***

<b>Sonderlauf bis 8 Jahre (Jahrgang 2017)</b>	25 m Freistilschwimmen (d.h. auch Brustschwimmen ist erlaubt) 25 m Rückenlage ohne Armtätigkeit (bei Bezirksmeisterschaften wird diese Strecke durch 25 m Flossenschwimmen ersetzt)		
<b>AK 9/10 AK 11/12</b>	50 m Hindernisschwimmen 50 m Kombiniertes Schwimmen 50 m Flossenschwimmen		
<b>AK 13/14</b>	100 m Hindernisschwimmen 50 m Retten einer Puppe 50 m Retten einer Puppe mit Flossen		
<b>AK 15/16 AK 17/18 AK Offen</b>	200 m Hindernisschwimmen <b>Auswahlmöglichkeit (mindestens 3, maximal 4)</b> 50 m Retten einer Puppe 100 m Retten einer Puppe mit Flossen 100 m kombinierte Rettungsübung 100 m Retten einer Puppe mit Flossen und Gurtretter 200 m Super Lifesaver		
<b>AK25 - AK45</b>	100 m Hindernisschwimmen <b>Auswahlmöglichkeit (maximal 3)</b> 50 m Retten einer Puppe 100 m Retten einer Puppe mit Flossen 100 m Retten einer Puppe mit Flossen und Gurtretter		
<b>AK50 AK55</b>	100 m Hindernisschwimmen 50 m Retten einer Puppe 50 m Retten einer Puppe mit Flossen	<b>AK60 und älter</b>	50 m Freistilschwimmen 50 m Kombiniertes Schwimmen 25 m Schleppen einer Puppe

## ***Mannschaftswettkämpfe:***

<b>AK 9/10 AK 11/12</b>	4 x 50 m Hindernisstaffel 4 x 25 m Rückenlage ohne Armtätigkeit 4 x 25 m Gurtretterstaffel 4 x 25 m Rettungsstaffel	<b>AK 13/14 und älter</b>	4 x 50 m Hindernisstaffel 4 x 25 m Puppenstaffel 4 x 50 m Gurtretterstaffel 4 x 50 m Rettungsstaffel
-----------------------------	--	-------------------------------	---

**INFO:** Im ganzen Hallenbad sowie Umkleide besteht RAUCHVERBOT! Im Schwimmbad ist das Mitnehmen von Glas- und Porzellanegenständen aus Sicherheitsgründen untersagt. An diesem Tag findet KEIN Training statt.

**Aufsichtspflicht:** Den Anweisungen der Veranstaltungsleitung, sowie des örtlich verantwortlichen Sicherheitspersonals ist Folge zu leisten. Bei nicht kameradschaftlichen Verhalten einzelner Teilnehmer behält sich der Veranstalter einen Ausschluss von der Veranstaltung bzw. den Wettkämpfen vor.

**Altersklassen:** Über die Altersklassen entscheidet das Geburtsjahr im jeweiligen Wettkampfsjahr.

**Mitzubringen:** Flossen, gute Laune und ein bisschen Zeit.

Bei **Rückfragen** zum Ablauf oder zum Regelwerk bitte wenden an:  
johannes.stadler@gerbrunn.dlrg-jugend.de



<https://gerbrunn.dlrg-jugend.de/training-wettkampfe/wettkampfdisziplinen/>

# Anmeldeformular

Ortsverbandsmeisterschaft DLRG Gerbrunn

**Anmeldeschluss: 25.01.2025**

pro Person nur eine Anmeldung!



Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Ortsverband: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer\*: \_\_\_\_\_  
E-Mail\*: \_\_\_\_\_

\* Bitte eine Kontaktmöglichkeit angeben. Sie dient lediglich um Fragen zu klären und Infos weiter zu geben. Ohne diese kann die Meldung bei auftretenden Fragen ggf. nicht berücksichtigt werden. Bei minderjährigen Teilnehmern ist eine Kontaktmöglichkeit zwingend erforderlich.

Einzel, AK \_\_\_\_\_

**AK15/16, AK17/18, AK Offen** und **AK25-AK45** die gewünschten Strecken bitte ankreuzen:

<b>AK 15/16</b> <b>AK 17/18</b> <b>AK Offen</b>	<b>4 Auswahlmöglichkeiten (mindestens 3)</b>	<b>AK25 - AK45</b>	<b>3 Auswahlmöglichkeiten</b>
	<input type="checkbox"/> 200 m Hindernisschwimmen		<input type="checkbox"/> 100 m Hindernisschwimmen
	<input type="checkbox"/> 50 m Retten einer Puppe		<input type="checkbox"/> 50 m Retten einer Puppe
	<input type="checkbox"/> 100 m Retten einer Puppe mit Flossen		<input type="checkbox"/> 100 m Retten einer Puppe mit Flossen
	<input type="checkbox"/> 100 m kombinierte Rettungsübung		<input type="checkbox"/> 100 m Retten einer Puppe mit Flossen und Gurtretter
<input type="checkbox"/> 100 m Retten einer Puppe mit Flossen und Gurtretter			
<input type="checkbox"/> 200 m Super Lifesaver			

**Mannschaft**, AK \_\_\_\_\_ Mannschaftsname/Trainer \_\_\_\_\_

die endgültige Mannschaftsmeldung erfolgt über die **jeweiligen Trainer**. Jeder Mannschaftsteilnehmer muss das **Anmeldeformular** ausfüllen und beim **jeweiligen Trainer abgeben**. Es wird ein Betreuer/Ansprechpartner für jede Mannschaft festgelegt.

Die **Selbsterklärung zum Gesundheitszustand** (siehe Anhang) ist auszufüllen **und** mit diesem **Anmeldeformular bis 25.01.2025** abzugeben. Die Selbsterklärung zum Gesundheitszustand gilt für die Wettkampfsaison 2025, Änderungen müssen schriftlich mitgeteilt werden.

Es bestehen gesundheitlichen Einwände gegen die Teilnahme.  ja  nein

## Helfer für die OV-Meisterschaft 2025

Wir brauchen auch wieder zahlreiche Helfer für die OV-Meisterschaft (Aufbau, Zeitnehmer, Helfer im /am Wasser, Zettelläufer, Abbau, ...).

Ich würde gerne im Bereich \_\_\_\_\_ mithelfen.

### Hinweis auf die Datenverarbeitung

Im Rahmen der Anmeldung und Teilnahme zur/bei der Ortsverbandsmeisterschaft werden soziale Daten über Ihre Person/Ihr Kind sowie für die Teilnahme notwendige medizinische Daten erhoben, gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. übergeordnete Verbände der DLRG, Pressevertreter zur Berichterstattung) übermittelt. Regelmäßig handelt es sich dabei um Daten, die je nach Anlass variieren können. Zur Teilnahme an Bezirks-, Landes- und Deutschen Meisterschaften, wird ein Mitgliedsbuch nach § 4 VI des Regelwerks erstellt.

### Datenschutzerklärung:

Die angegebene E-Mail-Adresse darf auch für andere Zwecke innerhalb der DLRG OV Gerbrunn genutzt werden (z. B. Newsletter, Wettkampfverteiler).

ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass Film- und Fotoaufnahmen während der Veranstaltung im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der DLRG honorarfrei verbreitet und veröffentlicht werden, ohne Beschränkung des räumlichen oder zeitlichen Verwendungsbereichs.

Aus freier Entscheidung willige ich in die von mir gewünschte Datenübermittlung ein. Diese kann ich jederzeit gegenüber der DLRG OV Gerbrunn einzeln widerrufen. In diesem Fall findet keine weitere Datenübermittlung statt. Die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen überwachen unseren Datenschutzbeauftragten. Gemäß §15 DSGVO kann der Teilnehmer kostenfrei Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten erhalten sowie über die Personen oder Stellen, an die personenbezogene Daten weitergegeben wurden. Diese Informationen habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten/ volljährigen Teilnehmers

# 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\*:

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