

TEILNAHME - / EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Vorname		Name	
Straße		PLZ / Ort	
Handy		Telefon	
Geb.-Datum		KV / OV	
E-Mail			



Veranstaltung	JRK Kreiswettbewerb 2026
Veranstaltungsort	Gymnasium, Am Bürgerpark 16, 48308 Senden
Datum / Uhrzeit Beginn	26.09.26 / 08:00
Datum / Uhrzeit Ende	26.06.26 / 17:00

**DRK Kreisverband  
Coesfeld e.V.  
Jugendrotkreuz  
Notfalldarstellung**

Bahnhofstraße 20  
48653 Coesfeld

**Gesundheitliche Selbsteinschätzung**

Die Mitwirkung bei der Notfalldarstellung erfordert im Allgemeinen körperliche Leistungsfähigkeit und ausreichende Kondition und Ausdauer sowie psychische Belastbarkeit. Die Sicherheit aller Beteiligten hat oberste Priorität.

Die gesundheitliche Eignung für die Mitwirkung bei der Notfalldarstellung kann ggf. aufgrund von Erkrankungen beeinträchtigt sein. Daher muss jede\*r Darsteller\*in diesen Bogen vor einer Darstellung ausfüllen und der ND-Leitung aushändigen. Sollte aufgrund von wissentlich falsch oder nicht gemachten Angaben eine Gefährdung des Darstellenden eintreten, so ist eine Haftung durch die ND-Leitung ausgeschlossen.

Ich habe oder hatte eine...

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Erkrankung am Herz oder/und der Blutgefäße /Blutgerinnungsstörung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung z.B. Asthma                                      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechselerkrankung z.B. Blutzuckerkrankheit (Diabetes)        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Neurologische Erkrankungen z.B. Epilepsie                         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankungen z.B. Angst-, Belastungsstörungen          | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsmittelunverträglichkeit / Allergien                       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Suchterkrankung   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschaft   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Derzeitige Medikamenteneinnahme / frische Impfungen               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

**Wurde ein JA angekreuzt, oder bestehen sonstige gesundheitliche Besonderheiten bitte umseitig genauere Erklärungen aufführen! Ist die Einnahme von Medikamenten notwendig, so ist die Packungsbeilage mitzubringen.**

**Kontakt**

Nicola Rickmann  
Leiterin AG Notfalldarstellung

Kohkamp 8  
48727 Billerbeck  
Handy: 0160 - 5053300  
eMail: n.rickmann@web.de

**Unsere Grundsätze:**

- Menschlichkeit
- Unparteilichkeit
- Neutralität
- Unabhängigkeit
- Freiwilligkeit
- Einheit
- Universalität

Name (im Notfall benachrichtigen)	
Telefonisch erreichbar unter (Festnetz / Mobil)	

Hiermit melde ich mich / meine Tochter / meinen Sohn zur o.a. Veranstaltung an. Oben genannte\*r Teilnehmer\*in fühlt sich fit, an der Übung teilzunehmen bzw. sollte sich während der Übung etwas daran ändern wird diese\*r dies unverzüglich der ND-Leitung mitteilen bzw. eigenverantwortlich die Darstellung abbrechen. Die Person erklärt sich damit einverstanden, dass die Kleidung schmutzig bzw. aufgeschnitten werden darf. Für Verlust von oder Schäden an eigenen Wertgegenständen (Smartphone, Schmuck, etc....) kann keine Haftung übernommen werden. Mit der Veröffentlichung von Bild- und Tonmaterial dieser Übung erkläre ich mich unwiderruflich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift (Teilnehmer\*in / Erziehungsberechtigte\*r)

<b>Abschnitt für die Eltern</b>	von Datum	26.09.26
Veranstaltung:	Uhrzeit ca.	08:00
JRK Kreiswettbewerb	Bis Datum	26.09.26
In Senden	Uhrzeit ca.	17:00

Kontakt zur Leitung Notfalldarstellung Nicola Rickmann / i.V. Michael Schütte-Nütgen 0160-5053300 (N. Rickmann) 0160-5620580 (i.V. M. Schütte-Nütgen)
--