

Antrag auf Ehrung für eine erfolgreiche Lebensrettung

Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V. • Im Niedernfeld 1-3 • 31542 Bad Nenndorf
+49 (0) 5723 955-0 • Fax: +49 (0) 5723 955-999 • info@dlrg.de



Antragsteller

Name, Vorname		Name und Funktion des Bearbeiters (nur bei Antragstellung durch Gliederung)	Ort, Datum der Antragstellung
ggf. Gliederungsnummer	Anschrift des Antragstellers • Straße, PLZ, Ort		
Unterschrift der Gliederungsleitung (falls Antragsteller)		Mailadresse des Antragstellers	

Beantragt für:

Vorname, Name der/des Retterin/s	Datum der Lebensrettung

Der/Die Retter/in ist Mitglied der DLRG e.V. ☐ ja ☐ nein

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bearbeitungsvermerke der Bundesgeschäftsstelle

☐ Der/Die Retter/in wurde bereits für eine erfolgreiche Lebensrettung ausgezeichnet:

Gliederung und Landesverband in Kenntnis gesetzt ☐

Kopie z.d.A.

Bewilligt | Fachlich

☐

Sachlich

☐

Abgelehnt | Fachlich

☐

Sachlich

☐

Entscheidung der/des Präsidentin/en der DLRG e.V.

☐ Medaille ☐ Ablehnung

Ort, Datum

Unterschrift der/des Präsidentin/en

Bericht der/des Retterin/s

Vorname Name der/des Retterin/s	Geburtsdatum	Geburtsort	Beruf

Anschrift: Straße • Straße, PLZ, Ort, Tel., Mailadresse

Tag und Uhrzeit der Rettung/Unfallort

☐

Die Rettung fand im Rahmen eines DLRG-Einsatzes statt

Der/Die Retter/in ist im Besitz des Rettungsschwimmbzeichens

☐

Bronze

☐

Silber

☐

Gold

☐

sonstige DLRG Fachqualifikation

Kurze Schilderung der Rettung

Falls notwendig, Fortsetzung auf der Rückseite

Besondere Angaben zur Lebensrettung

Der/Die Retter/in befand sich in besonderer Gefahr: ☐ Ja ☐ Nein

☐ Rettungsleine ☐ Gurtretter ☐ Torpedo Boy
☐ Rettungsboot ☐ Rettungsbrett ☐ Rettungskayak

Besondere Angaben zur Wiederbelebung

Wiederbelebung wurde durchgeführt: ☐ Ja ☐ Nein

☐ Ein Helfermethode ☐ Zweihelfermethode

Dauer der Wiederbelebung in Minuten (ca.) _____

Einsatz AED erfolgt ☐ Ja ☐ Nein

In welcher Art?

Sonstige Rettungsmittel (bei Bedarf ergänzen)

☐ _____ ☐ _____

☐ _____ ☐ _____

Sonstige Wiederbelebungstechniken (bei Bedarf ergänzen)

☐ _____ ☐ _____

Übernahme weiterer notfallmedizinischer Versorgung durch

☐ Rettungsdienst ☐ Ärztin/Arzt

Anschrift der/des hinzugezogenen Ärztin/Arztes: Straße, PLZ, Ort, Tel., Mailadresse

Bemerkungen des/der Arztes/Ärztin:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Bericht der/des Geretteten (wenn möglich)

Vorname, Name der/des Geretteten Geburtsdatum Geburtsort Beruf

Anschrift: Straße • Straße, PLZ, Ort, Tel., Mailadresse

Schilderung der Rettung

Falls notwendig, Fortsetzung auf der Rückseite

Ort, Datum

ggf. Zeitungsberichte anbei:

Unterschrift der/des Geretteten