

## Anmeldung Sanitätsdienst

**Bitte diese Anmeldung frühzeitig, spätestens 8 Wochen vor der Veranstaltung an den Samariterverein senden.**

Veranstalter \_\_\_\_\_

Art der Veranstaltung \_\_\_\_\_

Ort der Veranstaltung \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Zeit von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr = \_\_\_\_\_ Std.

Datum: \_\_\_\_\_ Zeit von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr = \_\_\_\_\_ Std.

Datum: \_\_\_\_\_ Zeit von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr = \_\_\_\_\_ Std.

Datum: \_\_\_\_\_ Zeit von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr = \_\_\_\_\_ Std.

Name Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Adresse für die Rechnungsstellung: \_\_\_\_\_

### Beschreibung der Veranstaltung:

<b>Aktiv Beteiligte</b>	Anzahl aktiv Beteiligte:	ja	nein
	Sind die aktiv Beteiligten körperlich stark gefordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind die aktiv Beteiligten als Amateure tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ist der Ausbildungs-/Trainingsstand eher tief?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Birgt die Betätigung ein spezielles Unfallrisiko?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welches? _____		
	Besteht Körperkontakt (Kampfsport/Mannschaften)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Anhäufungen möglich (z.B. Fahrfeld)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zuschauer/Besucher</b>	Anzahl erwartete Zuschauer/Besucher:		
	Ist ein grosses Gedränge möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ist mit einer speziell gefährdeten Gruppe zu rechnen? (ältere Leute, Herzpatienten usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind besondere Emotionen oder Einfluss von Alkohol/Drogen möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Umfeld</b>	Ist die Veranstaltung grossräumig verteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind besondere Einflüsse wie übermässige Hitze, Sauerstoffmangel usw. möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gibt es aus früheren Veranstaltungen Erkenntnisse über risikosteigernde Faktoren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung Gelände (z.B. Halle, Sportplatz, Wald, Kiesgrube) _____		
	Ist die Wettersituation risikosteigernd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Infrastruktur

	ja	nein
<b>Standplatz für das Zelt vorhanden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wo: _____		
Elektrischer Anschluss 220 V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasseranschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Raum für den Postendienst vom Veranstalter gestellt</b>		
wo: _____		
Raumbezeichnung _____		
Elektrischer Anschluss 220 V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasseranschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zufahrtsweg für den Rettungsdienst vorhanden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Kostenberechnung

Einsatzstunden pro Posten _____ Tagstunden (06.00 – 20.00 h) zu Fr. 30.-/Std.	Fr.	_____
_____ Nachtstunden (20.00 – 06.00 h) zu Fr. 50.-/Std.	Fr.	_____
Kostenpauschale für Zelt (kleines Zelt: 30.- / grosses Zelt: 50.-, je nach Anlassgrösse)	Fr.	_____
Kostenpauschale für Verbandsmaterial	Fr.	20.-
<b>Total</b>	<b>Fr.</b>	_____

**Corona-bedingt können Mehrkosten von bis zu CHF 70.- entstehen.**

**Patiententransporte geschehen grundsätzlich durch den Rettungsdienst, in leichten Fällen durch Angehörige des Patienten oder den Veranstalter. Samariter vor Ort nehmen keine Patiententransporte vor.**

**Die Dienst leistenden Samariter haben Anspruch auf Verpflegung zu Lasten des Veranstalters:**

Einsatz bis vier Einsatzstunden: 1 Zwischenverpflegung

Einsatz länger als vier Stunden: 1 Hauptmahlzeit

## Verantwortliche Kontaktperson des Veranstalters während der Veranstaltung

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Erreichbar \_\_\_\_\_

wo \_\_\_\_\_

wie \_\_\_\_\_

Die Unterzeichnenden bestätigen die getroffenen Vereinbarungen.

**Für den Veranstalter:** Name/Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Ort \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Für den Samariterverein:** Name/Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Ort \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte das Formular 2 x ausdrucken und unterschrieben an die Adresse im Kopf des Formulars senden. Sie erhalten von uns ein unterschriebenes Formular zurück. Vielen Dank.