

Anmeldung Sanitätsdienst

Bitte diese Anmeldung frühzeitig, spätestens **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.

Name Kontaktperson: _____ Tel. P.: _____

Strasse/Ort: _____ Tel. G.: _____

Adresse für die Rechnungsstellung: _____

Beschreibung der Veranstaltung:

| | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| Aktiv Beteiligte | 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. Fahrerfeld)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Zuschauer/Besucher | 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"/> |
| Umfeld | 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 des Geländes (z.B. Halle, Sportplatz, Wald, Kiesgrube) _____ | | |
| | Ist die Wettersituation risikosteigernd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PLZ/Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____