**Anmeldung Sanitätsdienst**

|  |
| --- |
|  **Bitte diese Anmeldung frühzeitig, spätestens 2 Monat**  **vor der Veranstaltung an den Samariterverein senden.** |
| Veranstalter |       |
| Art der Veranstaltung |       |
| Ort der Veranstaltung |       |
| Durchführung: | bei jeder Witterung : [ ]  | bei zweifelhafter Witterung Tel:       |
| 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? | [ ]  | [ ]  |
|  | Sind die aktiv Beteiligten als Amateure tätig? | [ ]  | [ ]  |
|  | Ist der Ausbildungs-/Trainingsstand eher tief? | [ ]  | [ ]  |
|  | Birgt die Betätigung ein spezielles Unfallrisiko? | [ ]  | [ ]  |
|  | Wenn ja, welches? |       |
|  | Besteht Körperkontakt (Kampfsport/Mannschaften)? | [ ]  | [ ]  |
|  | Sind Anhäufungen möglich (z.B. Fahrerfeld)? | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| **Zuschauer/Besucher** | Anzahl erwartete Zuschauer/Besucher: |       |
|  | Ist ein grosses Gedränge möglich? | [ ]  | [ ]  |
|  | Ist mit einer speziell gefährdeten Gruppe zu rechnen? (ältere Leute, Herzpatienten usw.) | [ ]  | [ ]  |
|  | Sind besondere Emotionen oder Einfluss von Alkohol/Drogen möglich? | [ ]  | [ ]  |
| Umfeld | Ist die Veranstaltung grossräumig verteilt? | [ ]  | [ ]  |
|  | Sind besondere Einflüsse wie übermässige Hitze, Sauerstoffmangel usw. möglich? | [ ]  | [ ]  |
|  | Gibt es aus früheren Veranstaltungen Erkenntnisse über risikosteigernde Faktoren?  | [ ]  | [ ]  |
|  | Beschreibung des Geländes (z.B. Halle, Sportplatz, Wald, Kiesgrube)      |  |  |
|  | Ist die Wettersituation risikosteigernd? | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **Sanitätszimmer:** | [ ]  vorhanden | [ ]  nicht vorhanden |
|  | wo:  |       |
|  | Grösse |       |  |
|  | Telefonanschluss | [ ]  vorhanden | [ ]  nicht vorhanden |
|  | Wasseranschluss | [ ]  vorhanden | [ ]  nicht vorhanden |
|  | Stromanschluss (220V) | [ ]  vorhanden | [ ]  nicht vorhanden |
|  | Kühlgelegenheit | [ ]  vorhanden | [ ]  nicht vorhanden |
|  | Toiletten | [ ]  vorhanden | [ ]  nicht vorhanden |
|  |  |
| Wenn kein Sanitätszimmer vorhanden: |  |
|  | [ ]  Zelt | [ ]  Wagen | [ ]  muss eingerichtet werden |
|  | wo:  |       |
|  | Raumbezeichnung |       |
|  | Grösse |       |
|  | Telefonanschluss | [ ]  vorhanden | [ ]  nicht vorhanden |
|  | Wasseranschluss | [ ]  vorhanden | [ ]  nicht vorhanden |
|  | Stromanschluss (220V) | [ ]  vorhanden | [ ]  nicht vorhanden |
|  | Kühlgelegenheit | [ ]  vorhanden | [ ]  nicht vorhanden |
|  | Toiletten | [ ]  vorhanden | [ ]  nicht vorhanden |
|  |  |
| Zufahrtsweg für den Rettungsdienst: |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Verpflegung:** |  [ ]  Ja |  [ ]  Nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | [ ]  Restaurant | [ ]  Festplatz | [ ]  Entschädigung |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| PLZ/Ort |       | Datum |       | Unterschrift |  |

Wird vom Samariterverein ausgefüllt.

Zusage: Ja Nein

Es werden Samariter zur Verfügung gestellt.

Weitere Auskunft erteilt:

**Verantwortliche Sanitätsdienst: Iren Koller, Illnauerstrasse 30, 8307 Effretikon, Tel: 052 343 42 82,**

 **Email: ik@samariter-effretikon.ch**