samariter
Schmerikon

Anmeldung Sanitätsdienst

Veranstalter

Art der Veranstaltung

Ort der Veranstaltung

Name Kontaktperson: Tel. P.:

Strasse/Ort: Tel. G.:

Adresse für die Rechnungsstellung:

Der Sanitätsdienst wird gewünscht von:

Datum: Zeit von: bis Uhr = Std.

Datum: Zeit von: bis Uhr = Std.

Datum: Zeit von: bis Uhr = Std.

Durchführung Bei jeder Witterung ja ☐ nein ☐

Tel. im Zweifelsfall: Verschiebedatum:

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)?	☐	☐

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?	☐	☐
Ist das Gelände unwegsam, rutschig, glitschig, eisig, usw.?	☐	☐
Ist die Wettersituation risikosteigernd?	☐	☐
Ist die Tageszeit risikosteigernd?	☐	☐
Gibt es aus früheren Veranstaltungen Erkenntnisse über risikosteigernde Faktoren? Wenn ja, welche?	☐	☐

samariter
Schmerikon

Sanitätsposten

Der Raum / Platz für den Sanitätsposten wird vom Veranstalter gestellt.

Standort: _____

	ja	nein
Raum vorhanden?	☐	☐
Wenn ja, Grösse?		
Sanitätszelt Samariterverein nötig (4m x 8.5m inkl. Anhänger)	☐	☐
Fliessendes Wasser vorhanden	☐	☐
Stromanschluss 230V vorhanden	☐	☐
Telefon/Funk vorhanden	☐	☐

Ein Parkplatz für den Sanitätsdienst muss in der Nähe des Sanitätspostens vorhanden sein.

Zufahrtsweg für den Rettungsdienst: _____

Patiententransporte geschehen grundsätzlich durch den Rettungsdienst, in leichten Fällen durch Angehörige des Patienten.

Verantwortliche Kontaktperson des Veranstalters während der Veranstaltung

Name/Vorname _____

Erreichbar: _____

Notfallarzt

Durch Veranstalter organisiert?	☐	☐
Wenn ja, anwesend?	☐	☐

Wenn ja, Name und Vorname des Arztes _____

Tel. _____

Verpflegung Samariter Durch Veranstalter organisiert? ☐ ☐

Bemerkung _____

PLZ/Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Anmeldung und Fragen bitte bis spätestens 8 Wochen vor der Veranstaltung an:
sanitaetsdienst@samariterverein-schmerikon.ch

Bestätigung vom Samariterverein: (leer lassen)

Kopie an: 1 Veranstalter
1 Postenverantwortlicher
1 TK-Chef
1 Kassier

Zusage: ja ☐ nein ☐

Es stehen _____ Samariter zur Verfügung

Postenverantwortlicher _____

Datum _____