

## 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:

<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. Fahrerfeld)?	<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 des Geländes (z.B. Halle, Sportplatz, Wald, Kiesgrube)	
	_____	
	Ist die Wettersituation risikosteigernd?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_