

## Anmeldung Sanitätsdienst

Bitte diese Anmeldung spätestens **5 Wochen** vor der Veranstaltung per Mail an den Samariterverein Chur senden.

Veranstalter \_\_\_\_\_  
 Ort der Veranstaltung \_\_\_\_\_  
 Art der Veranstaltung \_\_\_\_\_

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

Verschiebedatum: \_\_\_\_\_  
 Auskunft über Durchführung: Tel: \_\_\_\_\_ Ab wann: \_\_\_\_\_

	Verantwortlich für den Sanitätsdienst	Rechnungsadresse
Name Kontaktperson:	_____	_____
Strasse / Ort:	_____	_____
Tel. P	_____	_____
Tel. G.	_____	_____
Email:	_____	_____

### Beschreibung der Veranstaltung:

- |                           |   |                          |                          |
|---------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Aktiv Beteiligte</b>   | • Anzahl aktiv Beteiligte: _____  | ja                       | nein                     |
|                           | • Ist der Ausbildungs-/ Trainingsstand eher hoch?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | • Birgt die Betätigung ein spezielles Unfallrisiko? Wenn ja, welches? _____               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Zuschauer/Besucher</b> | • Anzahl Zuschauer/Besucher _____   |                          |                          |
|                           | • Wird eine Festwirtschaft betrieben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Umfeld</b>             | • Ist die Veranstaltung grossräumig verteilt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | • Beschreibung des Geländes (z.B. Halle, Sportplatz, Wald, Kiesgrube) _____               |                          |                          |
| <b>Sanitätslokal</b>      | • Steht ein Sanitätszimmer zur Verfügung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | Wenn nein; was ist vorgesehen? (Zelt, Wagen etc.) _____                                   |                          |                          |
|                           | • Steht Wasser zur Verfügung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | • Stehen Toiletten zur Verfügung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | • Steht Strom zur Verfügung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | • Steht ein Parkplatz zur Verfügung? (allfällige Parkgebühren werden verrechnet)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | • Ist die Anfahrt für die Rettungsfahrzeuge gewährleistet?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Weiteres</b>           | • Ist weitere medizinische Unterstützung vor Ort? (Arzt, Rettungssanitäter)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | • Gewünschte Anzahl Samariter (mindestens 2 pro Posten/Patrouille): _____                 |                          |                          |
|                           | • Wird die Verpflegung durch den Veranstalter abgegeben?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | Wenn nicht, wird diese in Rechnung gestellt. (Fr. 20.— pro Mahlzeit ab 4 Std. Einsatz)    |                          |                          |
|                           | • Ist der Transport von leicht verletzten Patienten durch den Veranstalter gewährleistet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | • Wurde ein Sicherheitskonzept für diesen Anlass erstellt?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                           | • <b>Wenn ja, bitte mitsenden:</b>  |                          |                          |
|                           | • Sind von den Behörden Auflagen gemacht worden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Patiententransporte erfolgen grundsätzlich durch den Rettungsdienst, in leichten Fällen durch Angehörige des Patienten oder den Veranstalter.**

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