|  |
| --- |
| **Anmeldung Sanitätsdienst** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Veranstalter** |       |
| **Art der Veranstaltung** |       |
| **Ort der Veranstaltung** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | Zeit: **von** | Zeit: **bis** | **= Total Stunden** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktperson****während Veranstaltung** | Name / Vorname      |
| PLZ / Ort / Strasse / Nr.      |
|  | Telefon Privat      | Telefon Geschäft      |
|  | e-mail      | Standort        |
| **Fahrer:**(falls schon bekannt) | Name / Vorname      | Telefon      |
| **Rechnungsadresse** | Name / Vorname      |
|  | PLZ / Ort / Strasse / Nr.      |

**Beschreibung der Veranstaltung** (es sind alle Fragen zu beantworten)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktiv Beteiligte** | Anzahl Personen:  .  | ja | nein |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Sind die aktiv Beteiligten körperlich stark gefordert? |[ ] [ ]
|  | Sind die aktiv Beteiligen 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 einen spez. gefährdeten Gruppe zu rechnen?(wie ältere Leute, Herzpatienten usw.) |[ ] [ ]
|  | Sind besondere Emotionen oder Einfluss von Alkohol/Drogen möglich? |[ ] [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **Umfeld** | Ist die Veranstaltung grossräumig verteilt? |[ ] [ ]
|  | Sind besondere Einflüsse möglich?(wie übermässige Hitze, Sauerstoffmangel usw.) |[ ] [ ]
|  | Gibt es aus früheren Veranstaltungen Erkenntnisse über risikosteigernde Faktoren? |[ ] [ ]
|  | Ist die Wettersituation risikosteigernd? |[ ] [ ]
|  | Beschreibung des Geländes (z.B. Halle, Sportplatz, Wald usw.) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja | nein |
| **Bewilligungen** | Sind von den Behörden Auflagen gemacht worden?(wenn ja, bitte mitsenden) |[ ] [ ]
|  | Wurde ein Sicherheitskonzept für diesen Anlass erstellt?(wenn ja, bitte mitsenden) |[ ] [ ]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Infrastruktur** | **Standort des** | **Sanitätszimmers:** |  |  |
|  | Raum | Bezeichnung |  |  |
|  | Grösse | ca. m2 |  |  |
|  | elektr. Anschluss | 230 Volt vorhanden |[ ] [ ]
|  | Wasser-Anschluss | [ ]  Kaltwasser [ ]  Warmwasser |  |  |
|  | Telefonanschluss | [ ]  Festnetz Nr.   |  |  |
|  |  | Handy-Empfang? |[ ] [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **Verpflegung** | Wird eine Festwirtschaft betrieben? |[ ] [ ]
|  | Die Verpflegung der Dienst leistenden Samariter ist sichergestellt.(wenn nein, Verrechnung gemäss Anhang AGB) |[ ] [ ]

**Der Veranstalter anerkennt mit der Unterzeichnung dieser Anmeldung die
AGB für Sanitätsdienste des Samariterverein Kreuzlingen.**

Der SV Kreuzlingen behält sich vor, für kurzfristige Anmeldungen (< 2 Wochen vor der Veranstaltung) eine Bearbeitungsgebühr von CHF 100.00 zu erheben.

Dieses Formular finden Sie auch auf unserer Homepage: [www.samariter-kreuzlingen.ch](http://www.samariter-kreuzlingen.ch)

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

Anmeldung **spätestens 3 Wochen** **vor der Veranstaltung** senden an:

Samariterverein Kreuzlingen

Leonie Schweizer 079 740 78 83

Bahnhofstrasse 28

8595 Altnau

sanitaetsdienst@samariter-kreuzlingen.ch

schweizer.smariter@gmx.ch