

Anmeldung Postdienst

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:

Aktiv Beteiligte	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"/>

Zuschauer/Besucher	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"/>

Umfeld	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 _____

Risikobeurteilung für einen Postendienstauftrag

Veranstalter:
Ort der Veranstaltung:

Art der Veranstaltung:
Datum:

Es müssen alle Zeilen mit einer Antwort versehen werden.

		ja	nein
Aktiv Beteiligte	über 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	über 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	über 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	über 200	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	Besteht Körperkontakt (Kampfsport/Mannschaften)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Anhäufungen möglich (Fahrerfeld)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuschauer/Besucher	über 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	über 500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	über 1 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	über 2 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	über 4 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	über 6 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ist ein grosses Gedränge möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ist mit einer speziell gefährdeten Gruppe zu rechnen? (ältere Leute, Herzpatienten, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind besondere Emotionen oder Einfluss von Alkohol/Drogen möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umfeld	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"/>
	Ist das Gelände unwegsam, rutschig, glitschig, eisig usw.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ist die Wettersituation risikosteigernd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ist die Tageszeit risikosteigernd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gibt es aus früheren Veranstaltungen Erkenntnisse über risikosteigernde Faktoren? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vom Samariterverein auszufüllen!

Vereinbarung zur Übernahme des Postendienstes

Zwischen

dem Samariterverein _____

und _____ als Veranstalter

Art der Veranstaltung _____

Ort der Veranstaltung _____

Datum _____

Risikobeurteilung Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3 Stufe 4 Stufe 5

Der Samariterverein stellt

Datum: _____ Zeit von: _____ bis _____ Uhr _____ Samariter

Datum: _____ Zeit von: _____ bis _____ Uhr _____ Samariter

Datum: _____ Zeit von: _____ bis _____ Uhr _____ Samariter

Total Einsatzstunden _____ Samariter x _____ Tagstunden = _____ Tagstunden

_____ Samariter x _____ Nachtstunden = _____ Nachtstunden

Total Einsatzstunden _____ Fachperson x _____ Tagstunden = _____ Tagstunden

_____ Fachperson x _____ Nachtstunden = _____ Nachtstunden

Infrastruktur

**Standplatz für den
Postenwagen/das Zelt**

nicht vorhanden vorhanden

wo: _____

Elektrischer Anschluss 220 V _____

Wasseranschluss _____

Telefonanschluss _____

Raum für den Postendienst vom Veranstalter gestellt

wo: _____

Raumbezeichnung _____

Grösse _____

Elektrischer Anschluss 220 V _____

Wasseranschluss _____

Telefonanschluss _____

Zufahrtsweg für den Rettungsdienst: _____

Vom Samariterverein auszufüllen!

Kostenberechnung

Einsatzstunden Samariter	_____ Tagstunden	zu Fr.	_____	Fr.	_____
	_____ Nachtstunden	zu Fr.	_____	Fr.	_____
Einsatzstunden Fachpersonen	_____ Tagstunden	zu Fr.	_____	Fr.	_____
	_____ Nachtstunden	zu Fr.	_____	Fr.	_____
Postenwagen	1. Tag			Fr.	_____
	_____ weitere Tage	zu Fr.	_____	Fr.	_____
Total				Fr.	_____

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

Die Dienst leistenden Samariter / Fachpersonen haben Anspruch auf Verpflegung zu Lasten des Veranstalters:

Einsatz bis vier Einsatzstunden: eine Zwischenverpflegung

Einsatz länger als vier Stunden: eine Hauptmahlzeit

Allfällige Barabgeltung für die Verpflegung	Fr.	_____
Weitere Kosten für _____	Fr.	_____

Verantwortliche Kontaktperson des Veranstalters während der Veranstaltung

Name/Vorname _____

Erreichbar _____

wo _____

wie _____

Die Unterzeichneten bestätigen die getroffenen Vereinbarungen.

Für den Veranstalter: Name/Vorname _____

Strasse/Ort _____

Tel. P _____ Tel. G _____

Unterschrift _____

Für den Samariterverein: Name/Vorname _____

Strasse/Ort _____

Tel. P _____ Tel. G _____

Unterschrift _____

Geht an:

- den Gesuchsteller 1 Exemplar
- den Samariterverein 3 Exemplare (Kassier, Beauftragter, Postenschef)