



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

**Raum für den Postendienst vom
Veranstalter gestellt**

wo: _____

Raumbezeichnung _____

Grösse _____

Elektrischer Anschluss 220 V _____

Wasseranschluss _____

Telefonanschluss _____

**Zufahrtsweg für den
Rettungsdienst:** _____



Kostenberechnung

Grundpauschale			Fr.	<u>50.00</u>
Einsatzstunden Samariter	_____ Tagstunden	zu Fr.	_____	Fr.
	_____ Nachtstunden	zu Fr.	_____	Fr.
Total			Fr.	<u>_____</u>

Patiententransporte geschehen grundsätzlich durch den Rettungsdienst, in leichten Fällen durch Angehörige des Patienten. Für den nötigen Verletztentransport ist vom Veranstalter ein Fahrzeug mit Fahrer und Begleitperson zu stellen.

Die dienstleistenden 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.	_____
Verwendung Sanitätszelt, pauschal Fr. 100.00	Fr.	_____

Weitere Kosten für Material wird nach Aufwand verrechnet.

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./ Nat. _____ Mail _____
Unterschrift _____

Für den Samariterverein: Name/Vorname Urs Meyer
Strasse/Ort Mühle 2, 6247 Schötz
Tel. 079 417 06 85 Mail postenchef@samariter-schoetz.ch
Unterschrift _____

Geht an:

- den Gesuchsteller 1 Exemplar
- den Samariterverein 1 Exemplar (Postenchef)