



## Anmeldung Postendienst

Bitte diese Anmeldung frühzeitig, spätestens 4 Wochen vor der Veranstaltung an [praesi@samariter-rorschach.ch](mailto:praesi@samariter-rorschach.ch) senden.

Veranstalter \_\_\_\_\_

Art der Veranstaltung \_\_\_\_\_

Ort der Veranstaltung \_\_\_\_\_

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 Zuschauer/Besucher: \_\_\_\_\_

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"/>
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
<b>Aktiv Beteiligte</b>	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"/>
<b>Zuschauer/Besucher</b>	Besteht Körperkontakt (Kampfsport/Mannschaften)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Anhäufungen möglich (Fahrerfeld)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	über 8 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	über 10 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	über 12 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	über 14 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 16 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
über 18 000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
über 20 000	<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"/>	
<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"/>
	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"/>

**Ergebnis**

Total der Ja-Antworten

Risikostufe



## Festlegen der Postengrösse

### Zuteilung zur Risikostufe

Als Faustregel kann eine Veranstaltung gemäss der Anzahl „ja“ aus der Checkliste einer der drei Risikostufen zugeteilt werden.

bis 9 Ja-Antworten	Stufe 1
10 – 16 Ja-Antworten	Stufe 2
17 – 22 Ja-Antworten	Stufe 3
23 – 26 Ja-Antworten	Stufe 4 <sup>1</sup>
27 – 32 Ja-Antworten	Stufe 5 <sup>1</sup>

### Postengrösse

Aus der Risikolage der Veranstaltung kann die Anzahl benötigte Samariter und deren Qualifikation abgeleitet werden:

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
<b>1 Samariter</b> mit CPR <sup>2</sup> - oder BLS-AED-Ausweis, der nicht älter als zwei Jahre ist, zugleich als Postenchef <b>1 Samariter</b>	<b>2 Samariter</b> mit CPR <sup>2</sup> - oder BLS-AED-Ausweis, der nicht älter als zwei Jahre ist, zugleich als Postenchef <b>2 Samariter</b>	<b>Postendienstleiter</b> <b>3 Samariter</b> mit CPR <sup>2</sup> - oder BLS-AED-Ausweis, der nicht älter als zwei Jahre ist. <b>3 Samariter</b>
Stufe 4 <sup>1</sup>	Stufe 5 <sup>1</sup>	
<b>Postendienstleiter</b> <b>5 Samariter</b> mit CPR <sup>2</sup> - oder BLS-AED-Ausweis, der nicht älter als zwei Jahre ist <b>5 Samariter</b> <b>1 med. Fachperson</b>	<b>Postendienstleiter</b> <b>7 Samariter</b> mit CPR <sup>2</sup> - oder BLS-AED-Ausweis, der nicht älter als zwei Jahre ist <b>7 Samariter</b> <b>1 med. Fachperson</b>	

Müssen innerhalb einer Veranstaltung mehrere Posten besetzt oder muss mit Patrouillen gearbeitet werden, sind die Teams, die zusammen arbeiten, so zu gestalten, dass jeweils mindestens eine Person über einen gültigen CPR<sup>2</sup>-Ausweis resp. eine BLS-AED-Kursbescheinigung verfügt (nicht älter als zwei Jahre).

Der stufengerechte Einsatz von Mitgliedern der Help-Samariterjugend-Gruppe zusammen mit Samaritern kann motivierend wirken. Damit Hilfe suchende Personen Vertrauen in die Hilfeleistung haben, sollen die eingesetzten Mitglieder der Help Samariterjugend-Gruppen nicht zu jung sein (untere Altersgrenze 16 Jahre).

<sup>1</sup> Eingefügt durch Beschluss des Zentralvorstands vom 16.04.10

<sup>2</sup> Gilt bis 31.12.2011



## 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 230 V \_\_\_\_\_

Wasseranschluss \_\_\_\_\_

Telefonanschluss \_\_\_\_\_

### Raum für den Postdienst vom Veranstalter gestellt

wo: \_\_\_\_\_

Raumbezeichnung \_\_\_\_\_

Grösse \_\_\_\_\_

Elektrischer Anschluss 230 V \_\_\_\_\_

Wasseranschluss \_\_\_\_\_

Telefonanschluss \_\_\_\_\_

**Zufahrtsweg für den Rettungsdienst:** \_\_\_\_\_



## 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.	_____
<b>Total</b>				<b>Fr.</b>	_____

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)





## Verzichtserklärung

### Personalien Patient

Name:

---

Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Adresse:

---

PLZ, Ort:

---

Anlass:

---

Ort und Datum:

---

Name Samariter 1:

---

Name Samariter 2:

---

### Beurteilung

---

---

---

---

---

---

### Vom Patienten verweigerte Massnahmen/Begründung

---

---

---

---

### Unterschriften

Patient:

---

Samariter:

---



<b>Patientenprotokoll</b>		<b>Postdienst des Samaritervereins</b>
Name:		
Vorname:	w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	
Adresse:		
PLZ/Ort:		
Geb.datum:		
Datum / Zeit	/	Verein
Alarmiert / Zeit	<input type="checkbox"/> 144 <input type="checkbox"/> Arzt /	Samariter
		Notfallort
		Anlass

**Unfallhergang oder Krankheitsverlauf (Anamnese)**

**Zustand des Patienten, beim Eintreffen des Postensamariters**

Wach + orientiert	<input type="checkbox"/>	_____	Atmung:	<input type="checkbox"/> normal
Schläfrig	<input type="checkbox"/>	_____	Puls:	_____/min. <input type="checkbox"/> unregelmässig
Verwirrt	<input type="checkbox"/>	_____	Pupillen:	<input type="checkbox"/> eng <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> ungleich <input type="checkbox"/> ohne Reakt.
Reaktionslos	<input type="checkbox"/>	_____	Blutdruck:	_____/_____
Kalte Haut	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Bemerkungen:</b>	
Feuchte Haut	<input type="checkbox"/>	_____		
Erbrochen	<input type="checkbox"/>	_____		

**Massnahmen des Postensamariters**

CPR eingeleitet	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Bemerkungen:</b>
Frühdefibrillation	<input type="checkbox"/>	_____	
Beatmung eingeleitet	<input type="checkbox"/>	_____	
Bewusstlosenlage	<input type="checkbox"/>	_____	
Druckverband	<input type="checkbox"/>	wo: _____	
Betreuung	<input type="checkbox"/>	_____	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	_____	

**Überwachung**

	Zeit: ___ 00 h	___ 30 h	___ 00 h	___ 30 h	<b>Bemerkungen:</b>
190					
180					
170					
160					
150					
140					
130					
120					
110					
100					
90					
80					
70					
60					
50					
40					
30					
20					
10					
0					

BD  
 Puls  
 Beatmung  
 CPR  
 Defibrillat.  
 O<sub>2</sub>lt./min. \_\_\_

Patient übergeben an: \_\_\_\_\_

Übergabezeit: \_\_\_\_\_

Visum Arzt vor Ort: \_\_\_\_\_

Visum Postdienstsamariter: \_\_\_\_\_



## Inkrafttreten

Das vorliegende Reglement ersetzt den Anhang zum Handbuch Postendienst ZS 355.20 vom 21.01.2006. Es wurde vom Zentralvorstand des Schweizerischen Samariterbundes an seiner Sitzung vom 13.11.2009 genehmigt. Es tritt auf den 01.01.2010 in Kraft.

Olten, 13.11.2009

### Schweizerischer Samariterbund

Monika Dusong  
Zentralpräsidentin

Kurt Sutter  
Zentralsekretär

Die vorliegende Fassung des Anhangs berücksichtigt die Beschlüsse des Zentralvorstands vom 16.04.10 zum Reglement Postendienst (ZO 355) und zum Handbuch Postendienst (ZO 355.10). Wegen der besseren Lesbarkeit der Formulare wird darauf verzichtet, die Änderungen mittels Fussnoten anzuzeigen.