

Arbeiter Samariter Bund
Ortsverband Bremen-Ost
c/o Thomas Plöger
Erfurter Str. 14
28215 Bremen

Telefon 0421/376 28 55
Mobil 0174/9210143
FAX 0421/376 28 63

Anforderung zur realistischen Notfalldarstellung

Organisation/Firma:

(Kostenträger)

Ansprechpartner:

Funktion:

Anschrift:

Telefon priv.:

Telefon dienstl.:

Telefon mobil:

Fax:

eMail

Veranstaltungsort (genaue Beschreibung):

Veranstaltungsdatum: Uhrzeit (Beginn d. Übung)

Notfallgeschehen:

Zielgruppe:

FW THW DLRG SAN RTD NA LNA SEG-SAN SEG-RTD
 Ersthelfer sonstige

Art der Übung:

Alarmübung Gruppenausbildung Film/Fotoaufnahmen (Detail) Sonstige

Ist die Übung den Teilnehmern bekannt? ja nein

Anzahl/Alter der Darsteller, die vom Veranstalter gestellt werden: Gesamt:

< 14	14-17	18-25	26-39	40-59	>59
.....

Medizinische Vorkenntnisse der Darsteller:

keine EH SAN RTD NA Arzt Krankenpfleger sonstige

Findet die Übung im Freien statt? ja nein

Ist der Übungsort beheizbar? ja nein

Ist der Einsatz von Pyrotechnik geplant? ja nein

Ist ein Raum zur Vorbereitung der Darsteller vorhanden? ja nein

Erfüllt er folgende Voraussetzungen:

beheizbar ja nein

Tische/Stühle/Bänke vorhanden ja nein

Waschbecken/Spüle vorhanden ja nein

Duschen vorhanden ja nein

Toiletten vorhanden ja nein

abschließbar ja nein

Sind Altkleider für die Darsteller vorhanden? ja nein

Werden neutrale Fahrzeuge für den Transport der Darsteller zur Verfügung gestellt? ja nein

Werden Getränke für Darsteller und RND-Team gestellt?
(Wichtig: Im Winter und abends/nachts Heißgetränke (jugendgerecht)) ja nein

Wird Verpflegung für Darsteller und RND-Team gestellt? ja nein

Soll die med. Versorgung der Übungsteilnehmer durch den ASB sichergestellt werden? ja nein

Soll die Bewertung der Übung unter Mitwirkung des ASB erfolgen? ja nein

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift