

**DRK Ortsverein  
Leopoldshöhe e.V.**

Waldstr. 15  
33818 Leopoldshöhe

Fax: 05202 – 83 180

www.drk-leopoldshoehe.de

**Spendenkonto des  
DRK Ortsverein  
Leopoldshöhe e.V.**

Sparkasse Lemgo

Konto Nr. **5 000 278**

BLZ **482 501 10**

**Angebotsanfrage für einen  
Sanitätswachdienst**

**Anforderung für einen  
Sanitätswachdienst**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Akt. Zeichen:** \_\_\_\_\_

<b>Veranstaltung</b>		<b>Art der Veranstaltung</b>	
Bezeichnung/ Titel		<input type="checkbox"/> Sportveranstaltung (allgem.)	
<b>Veranstalter/in</b>		<input type="checkbox"/> Motorsportveranstaltung	
Herr/Frau/Firma/Verein		<input type="checkbox"/> Radrennen	
<b>Verantwortlicher Ansprechpartner</b>		<input type="checkbox"/> Laufveranstaltung	
Name, Vorname		<input type="checkbox"/> Reitsportveranstaltung	
Straße, Hausnummer		<input type="checkbox"/> Wintersportveranstaltung	
PLZ, Ort		<input type="checkbox"/> Fußballspiel	
Telefon		Spielklasse _____	
Fax		Anzahl der Mannschaften _____	
Mobil		<input type="checkbox"/> Flugveranstaltung	
E-Mail-Adresse		<input type="checkbox"/> Feuerwerk	
<b>Ansprechpartner während der Veranstaltung</b>		<input type="checkbox"/> Demonstration	
Name		<input type="checkbox"/> Kundgebung	
Vorname		<input type="checkbox"/> Ausstellung/Messe	
<b>Erreichbarkeit</b>		<input type="checkbox"/> Basar/Flohmarkt	
Aufenthaltort		<input type="checkbox"/> Weihnachtsmarkt	
Telefon		<input type="checkbox"/> Schützenfest	
<b>Veranstaltungsort</b>		<input type="checkbox"/> Volksfest/Kirmes	
Gebäude/ Platz		<input type="checkbox"/> Straßenfest	
PLZ	Ort	Straße	Hausnummer
<input type="checkbox"/> Freifläche		m <sup>2</sup>	
<input type="checkbox"/> geschl. Gebäude/ Stadion			
<input type="checkbox"/> Behelfsbau (z. B. Zelt)			
<input type="checkbox"/> mehrere Gebäude (Anzahl)			
Gesamtfläche der Veranstaltung		m <sup>2</sup>	
<b>Zuschauer / Teilnehmer</b>			
Personenzahl zulässig		Anzahl erwartete Personen	
Prominente mit Sicherheitsstufe ? Name / Namen			

**DRK Ortsverein  
Leopoldshöhe e.V.**

Waldstr. 15  
33818 Leopoldshöhe

Fax: 05202 – 83 180

www.drk-leopoldshoehe.de

**Spendenkonto des  
DRK Ortsverein  
Leopoldshöhe e.V.**

Sparkasse Lemgo

Konto Nr. **5 000 278**

BLZ **482 501 10**

**Angebotsanfrage für einen  
Sanitätswachdienst**

**Anforderung für einen  
Sanitätswachdienst**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Akt. Zeichen:** \_\_\_\_\_

<p><b>Zuständigkeit des DRK</b></p> <p><input type="checkbox"/> a) Gesamte Veranstaltung    <input type="checkbox"/> b) Veranstaltungsteil</p>	<p><b>Veranstaltungs- Datum und Uhrzeiten</b></p> <p><b>Am:</b> _____</p> <p style="text-align: center;">Wochentag                      Datum</p> <p><b>Uhrzeiten:</b> _____</p>
<p>zu b) Genaue Bezeichnung / Abgrenzung</p> <p><b>Auflagen</b></p> <p>Sind bezüglich der medizinischen Betreuung und Absicherung der Veranstaltung von der zuständigen Behörde ( Ordnungsamt ) oder anderen Stellen Auflagen erteilt worden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein            <input type="checkbox"/> ja, eine Kopie der Auflagen liegt bei.</p> <p><b>Behörden/Organisationen</b></p> <p>Welche Behörden oder Organisationen sind noch an der Veranstaltung beteiligt ?</p> <p><input type="checkbox"/> Feuerwehr</p>	<p><b>Am:</b>                      Beginn                      Ende der Veranstaltung</p> <p style="text-align: center;">Wochentag                      Datum</p> <p><b>Uhrzeiten:</b> _____</p> <p><b>Am:</b>                      Beginn                      Ende der Veranstaltung</p> <p style="text-align: center;">Wochentag                      Datum</p> <p><b>Uhrzeiten:</b> _____</p> <p><b>Am:</b>                      Beginn                      Ende der Veranstaltung</p> <p style="text-align: center;">Wochentag                      Datum</p> <p><b>Uhrzeiten:</b> _____</p> <p><b>Am:</b>                      Beginn                      Ende der Veranstaltung</p>
<p>Name und Telefonnummer des Ansprechpartners / Verantwortlichen</p> <p><input type="checkbox"/> Polizei</p>	<p><b>Realeinsatz</b></p> <p>Bei einer evtl. Alarmierung durch die Rettungsleitstelle des Kreises Lippe behält es sich das DRK vor, evtl. Einsatzkräfte von dem Sanitätsdienst abzugeben oder ggf. den ganzen Sanitätsdienst einzustellen.</p>
<p>Name und Telefonnummer des Ansprechpartners / Verantwortlichen</p> <p><input type="checkbox"/> Arzt</p>	<p><b>Berechnungsgrundlage des DRK</b></p> <p>Die Berechnungsgrundlage für die kostendeckende Durchführung eines Sanitätswachdienstes wurde ausgehändigt, bzw. zur Kenntnis genommen.</p>
<p>Name und Telefonnummer des Arztes</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige Hilfsorganisationen (Malteser, THW, JUH)</p>	<p><b>Ausfüllhinweise</b></p> <p>Kreuzen Sie bitte an, ob ein <b>Angebot</b> erstellt werden soll oder ob es sich um konkrete, verbindliche Angaben <b>Anforderung</b> für eine Veranstaltungsplanung handelt.</p> <p>Zur Planung des Sanitätswachdienstes müssen alle Angaben mit größtmöglicher Genauigkeit gemacht werden, nur so können wir eine veranstaltungs-spezifische Gefahrenanalyse erstellen. Das DRK wird bei fehlerhaften Angaben vom Vertrag zurücktreten und für Schäden, die durch falsche Angaben verursacht sind, nicht haften.</p> <p>Falls Ihnen Auflagen erteilt wurden, legen Sie bitte unbedingt eine Kopie des Genehmigungsschreibens bei.</p>
<p>Name und Telefonnummer des Ansprechpartners / Verantwortlichen</p> <p><b>Kommunikationseinrichtungen</b></p> <p>Ist eine Kommunikationsmöglichkeit zwischen dem Veranstalter und dem DRK vorhanden ?</p> <p><input type="checkbox"/> ja            <input type="checkbox"/> nein, es muss noch eine Möglichkeit eingerichtet werden</p> <p>Wünschen Sie die Einrichtung und den Betrieb von Kommunikationseinrichtungen durch das DRK?</p> <p><input type="checkbox"/> ja            <input type="checkbox"/> nein, wir richten selbst eine Möglichkeit ein</p>	<p><b>Bestätigung der Richtigkeit der Angaben</b></p> <p>_____</p> <p>Datum                      Unterschrift</p>