

Sanitätsdienst

Name der Veranstaltung: _____

Datum: _____

Beginn der Veranstaltung: _____

Eintreffen der Helfer: _____

Ende der Veranstaltung: _____

Ende für Helfer: _____

Art der Veranstaltung: _____

Teilnehmeranzahl: _____

Reitturnier nach FN Richtlinien: Ja Nein

Alkoholausschank: Ja Nein
Wenn ja, ab 16? _____

Anzahl Helfer: _____

nur Sanitätsdienst, kein spezifisches Fahrzeug benötigt Ja Nein

geforderte Rettungsmittel: KTW RTW

(Turnier-)Arzt vor Ort Ja Nein

Ansprechpartner vor Ort: _____

Wie ist der Ansprechpartner erreichbar: (Wenn möglich Handynummer) _____

Ist Verpflegung für die Helfer vorgesehen: Ja Nein

Gibt es einen Standort für unser Fahrzeug: Ja Nein

Gibt es die Möglichkeit dieses mit Strom zu versorgen: Ja Nein

Besonderheiten bei der Anfahrt: _____

Adresse: _____

sonstige Besonderheiten / Anmerkungen _____

Ort, Datum

Unterschrift