



## Preisliste Sanitätsdienst



2026	Sanitätshelfer/ in	Sanitäter/ in	Arzt/ Ärztin
------	--------------------	---------------	--------------

<b>Stundenpreis</b> (bis 4 h)	25 € pro angefangene Stunde	35 € pro angefangene Stunde	45 € pro angefangene Stunde
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

<b>Tagespreis</b> (4 h bis 8h)	85 €	135 €	190 €
-----------------------------------	------	-------	-------

Über 8 hinausgehend gewünschte Sanitätsdienste werden entsprechend dem Tagespreis + Aufpreis nach Absprache berechnet.

**Alle Sanitäter** gehen außerhalb ihres Ehrenamtes einem Beruf im medizinischen Bereich nach (Krankenpflege, Fachpflege für Anästhesie und Intensivmedizin).

**Unser ärztliches Personal** arbeitet im Fachbereich für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie.

**Die Anzahl der Einsatzkräfte richtet sich nach der Veranstaltungsgröße (Personen, Fläche und Gefahrenpotential).**

Je nach Wunsch oder entsprechend dem Gefahrenpotential besteht die Möglichkeit zum **Einsatz eines KTW Typ B**. Diesen können wir zu einem einmaligen Aufpreis in Höhe von **80 €** zur Verfügung stellen. Der KTW bietet eine angemessene Behandlungsräumlichkeit, sofern am Veranstaltungsort keine Räumlichkeit/ Zelte zur Verfügung gestellt werden können.

Verantwortlicher Sanitätsdienst OG Götschetal

Florian Simm

Mobil: 015788753443

E-Mail: florian\_simm@web.de





## Dienstanforderung Sanitätsdienst



Name der Veranstaltung	
Datum der Veranstaltung	
Veranstalter	
Angaben zum Veranstaltungsort	<input type="checkbox"/> Freifläche <input type="checkbox"/> Gewässer <input type="checkbox"/> Gebäude <input type="checkbox"/> Stadion <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Anschrift der Veranstaltung	_____ _____ _____
Art der Veranstaltung	<input type="checkbox"/> Sportveranstaltung <input type="checkbox"/> Volksfest <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Verantwortlicher vor Ort	Telefon: _____ Sonstige Erreichbarkeit: _____
Anwesenheit des Sanitätsdienstes	von _____ bis _____
Gewünschte Leistungen	ärztliches Personal <input type="checkbox"/> ja (Anzahl) _____ <input type="checkbox"/> nein Sanitäter <input type="checkbox"/> ja (Anzahl) _____ <input type="checkbox"/> nein Sanitätshelfer <input type="checkbox"/> ja (Anzahl) _____ <input type="checkbox"/> nein KTW <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geschätzte Besucher-/ Teilnehmerzahl	Besucher: _____
Sind bezüglich der medizinischen Betreuung der Veranstaltung von der zuständigen Behörde oder anderen Stellen Auflagen erteilt worden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie des Schreibens liegt bei
Verpflegung wird gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Reschnungsanschrift	_____ _____ _____
Ansprechpartner für eventuelle Fragen	Name: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____

