

## Meldung fachtechnische Übung

Samariterverein \_\_\_\_\_

### ÜBUNG 1

Ort	Datum	von	bis	Verantwortlich
_____	_____	_____	_____	_____

Thema \_\_\_\_\_

**Schwerpunkt(e)** gemäss Themenübersicht im Ordner Fachtechnik 

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atemsystem                 | <input type="checkbox"/> Thermische und elektrische Schäden | <input type="checkbox"/> Rettungswesen/Partner       |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat           | <input type="checkbox"/> Toxische Schäden                   | <input type="checkbox"/> Schädel und Kopf            |
| <input type="checkbox"/> Blut- und Blutstillung     | <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall                     | <input type="checkbox"/> Spezielle Notfälle          |
| <input type="checkbox"/> CPR/AED                    | <input type="checkbox"/> Verhalten im Notfall               | <input type="checkbox"/> Wundversorgung und Verbände |
| <input type="checkbox"/> Herzkreislaufsystem        | <input type="checkbox"/> Medikamente und Apotheke           | <input type="checkbox"/> _____                       |
| <input type="checkbox"/> Patientenbeurteilung       | <input type="checkbox"/> Rechte und Pflichten               | <input type="checkbox"/> _____                       |
| <input type="checkbox"/> Patiententransport         |   |  |
| <input type="checkbox"/> Psychologische Erste Hilfe |   |  |

**Zusammenarbeit mit** 

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arzt           | <input type="checkbox"/> Feuerwehr |
| <input type="checkbox"/> Rettungsdienst | <input type="checkbox"/> Polizei   |

**Ziele:** Jeder Teilnehmer...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ÜBUNG 2

Ort	Datum	von	bis	Verantwortlich
_____	_____	_____	_____	_____

Thema \_\_\_\_\_

**Schwerpunkt(e)** gemäss Themenübersicht im Ordner Fachtechnik 

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atemsystem                 | <input type="checkbox"/> Thermische und elektrische Schäden | <input type="checkbox"/> Rettungswesen/Partner       |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat           | <input type="checkbox"/> Toxische Schäden                   | <input type="checkbox"/> Schädel und Kopf            |
| <input type="checkbox"/> Blut- und Blutstillung     | <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall                     | <input type="checkbox"/> Spezielle Notfälle          |
| <input type="checkbox"/> CPR/AED                    | <input type="checkbox"/> Verhalten im Notfall               | <input type="checkbox"/> Wundversorgung und Verbände |
| <input type="checkbox"/> Herzkreislaufsystem        | <input type="checkbox"/> Medikamente und Apotheke           | <input type="checkbox"/> _____                       |
| <input type="checkbox"/> Patientenbeurteilung       | <input type="checkbox"/> Rechte und Pflichten               | <input type="checkbox"/> _____                       |
| <input type="checkbox"/> Patiententransport         |   |  |
| <input type="checkbox"/> Psychologische Erste Hilfe |   |  |

**Zusammenarbeit mit** 

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arzt           | <input type="checkbox"/> Feuerwehr |
| <input type="checkbox"/> Rettungsdienst | <input type="checkbox"/> Polizei   |

**Ziele:** Jeder Teilnehmer...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_