

Obrazec prijave javne prireditve/shoda za izračun potrebnega zdravstvenega varstva (priloga 9 in priloga 10 Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči in prevozih pacientov (Uradni list RS, št.666/26))

ORGANIZATOR:

Naziv: _____

Naslov: _____

Kontaktna
oseba: _____Tel.
številka: _____E -
pošta: _____Lokacija GPS koordinate:
_____Datum/ura začetka Datum/ura
zaključka: _____Vrsta prireditve (opis dogajanja):

Podpis in žig**1. ŠTEVILO UDELEŽENCEV (ŠU)**

- a) <500
- b) 500 – 1.000
- c) 1.000- 3.000



- d) 3.000- 5.000
- e) 5.000- 10.000
- f) 10.000- 20.000
- g) 20.000- 30.000
- h) >30.000

2. ZDRAVSTVENO TVEGANJE (ZT)

- a) >70% udeležencev pod 50 let
- b) >30% oseb starejših od 65 let
- c) >50% starejših od 65 let
- d) enakovredna porazdelitev število skupin
- e) prisotne zdravstveno ogrožene skupine ljudi

3. TVEGANJE ZA DOGODKE (TD)

a) Uporaba predmetov in naprav, ki lahko ogrožajo zdravje in/ali življenje udeležencev

- DA NE

b) Izvajanje aktivnosti s hujšimi telesnimi obremenitvami udeležencev

- DA NE

c) Možnost nekontroliranega ali škodljivega oziroma nasilnega ravnanja udeležencev

- DA NE

d) Možnost poškodb udeležencev

- DA NE

4. POSEBNE OKOLIŠČINE (PO)

a) Prireditve se odvija na različnih mestih oziroma poteka prireditve ni možno vnaprej natančno oceniti zaradi nepredvidljivega obnašanja udeležencev

- DA NE

b) Prireditve je od najbližjega izvajalca službe NMP oddaljena več kot 15 minut vožnje

- DA NE

c) Prireditve se ob morebitnem transportu pacienta v nadaljnjo zdravstveno obravnavo ne sme ali ne želi prekiniti.

- DA NE



Drugi ukrepi, zagotovljeni na prireditvi oziroma podatki, ki lahko vplivajo na zdravstveno ogroženost: _____

Vrsta prireditve:

Enota NMP, če gre za manj zahtevno prireditev:

Naziv pristojne enote NMP: NMP Zdravstveni dom Brežice, Černelčeva cesta 8, 8250 BREŽICE

Ime, priimek ter podpis potrjevalca: Jožica ILJAŽ, DMS s specialnimi znanji, vodja reševalne službe

Datum: _____

Žig in podpis

Izvajalec zdravstvenega varstva:

Naziv: _____

Naslov: _____

Tel. številka: _____

E pošta: _____

Telefonska številka, na kateri bo izvajalec zdravstvenega varstva na prireditvi dosegljiv med samo prireditvijo: _____

Ime in priimek kontaktne osebe na prireditvi: _____

Žig in podpis