

Erhebungsbogen

Ersthelfer

Erhebungsbogen für die Ermächtigung als Stelle zur Aus- und Fortbildung von Ersthelfern nach § 26 Abs. 2 DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“

Wichtiger Hinweis: Bitte füllen Sie alle vorgegebenen Felder maschinell oder gut leserlich aus. Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte Zusatzblätter unter Angabe der jeweiligen Abschnittsnummer bei. Fehlende oder nicht ausreichende Angaben führen zu Nachfragen und Zeitverzögerungen.

Nr.	Erhebung	Hinweise zur Bearbeitung														
1.	DATEN ZUM ANTRAGSTELLER															
1.1	Unternehmen <table border="1" data-bbox="180 504 1129 1070"> <tr> <td data-bbox="180 504 391 622">Bezeichnung, Rechtsform</td> <td data-bbox="391 504 1129 622"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="180 622 391 741">Anschrift</td> <td data-bbox="391 622 1129 741"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="180 741 391 801">Telefon</td> <td data-bbox="391 741 1129 801"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="180 801 391 862">Fax</td> <td data-bbox="391 801 1129 862"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="180 862 391 909">E-mail</td> <td data-bbox="391 862 1129 909"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="180 909 391 969">Internet</td> <td data-bbox="391 909 1129 969"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="180 969 391 1070">Ansprechpartner</td> <td data-bbox="391 969 1129 1070"></td> </tr> </table>	Bezeichnung, Rechtsform		Anschrift		Telefon		Fax		E-mail		Internet		Ansprechpartner		Für etwaige Rückfragen bei der Bearbeitung der Unterlagen
Bezeichnung, Rechtsform																
Anschrift																
Telefon																
Fax																
E-mail																
Internet																
Ansprechpartner																
1.2	Mitgliedschaft bei Unfallversicherungsträger <table border="1" data-bbox="180 1182 1129 1335"> <tr> <td data-bbox="180 1182 391 1279">Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse</td> <td data-bbox="391 1182 1129 1279"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="180 1279 391 1335">Mitglieds-Nr.</td> <td data-bbox="391 1279 1129 1335"></td> </tr> </table>	Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse		Mitglieds-Nr.		Mitgliedschaft Ihres <u>eigenen</u> Betriebes										
Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse																
Mitglieds-Nr.																

2.	PERSONELLE VORAUSSETZUNGEN									
2.1	Verantwortlicher Arzt <table border="1" data-bbox="180 1570 1129 1895"> <tr> <td data-bbox="180 1570 391 1626">Name, Vorname</td> <td data-bbox="391 1570 1129 1626"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="180 1626 391 1682">Geburtsdatum</td> <td data-bbox="391 1626 1129 1682"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="180 1682 391 1771">Anschrift</td> <td data-bbox="391 1682 1129 1771"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="180 1771 391 1895">Qualifikation(en)</td> <td data-bbox="391 1771 1129 1895"></td> </tr> </table>	Name, Vorname		Geburtsdatum		Anschrift		Qualifikation(en)		vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.2.1 Qualifikationsnachweise z.B. Fachkundenachweis „Rettungsmedizin“ oder Facharzt Anästhesie sowie Vereinbarung zwischen Ihrem Unternehmen und dem verantwortlichen Arzt über die ärztliche Aufsicht in Kopie beifügen
Name, Vorname										
Geburtsdatum										
Anschrift										
Qualifikation(en)										

2.2	Lehrkräfte		vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.2.2	
	Name, Vorname			
	Geboren am			
	Medizinisch/ fachliche Qualifikation	Art der Qualifikation: Dauer:	<i>Nachweise beifügen, aus denen Zeitraum und Dauer (UE) der Qualifizierungsmaßnahme erkennbar ist, z.B. Teilnahmebescheinigung/Zeugnis</i>	
	Pädagogische Qualifikation	Art der Qualifikation: absolviert vom – bis: absolviert bei:		
	ggf. Fortbildung innerhalb der letzten 3 Jahre	Art der Qualifikation: absolviert vom – bis: absolviert bei:		
	Name, Vorname			
	Geboren am			
	Medizinisch/ fachliche Qualifikation	Art der Qualifikation: Dauer:	<i>Nachweise beifügen, aus denen Zeitraum und Dauer (UE) der Qualifizierungsmaßnahme erkennbar ist, z.B. Teilnahmebescheinigung/Zeugnis</i>	
	Pädagogische Qualifikation	Art der Qualifikation: absolviert vom – bis: absolviert bei:		
	ggf. Fortbildung innerhalb der letzten 3 Jahre	Art der Qualifikation: absolviert vom – bis: absolviert bei:		
	Name, Vorname			
	Geboren am			
Medizinisch/ fachliche Qualifikation	Art der Qualifikation: Dauer:	<i>Nachweise beifügen, aus denen Zeitraum und Dauer (UE) der Qualifizierungsmaßnahme erkennbar ist, z.B. Teilnahmebescheinigung/Zeugnis</i>		
Pädagogische Qualifikation	Art der Qualifikation: absolviert vom – bis: absolviert bei:			
ggf. Fortbildung innerhalb der letzten 3 Jahre	Art der Qualifikation: absolviert vom – bis: absolviert bei:			

2.3	Erfahrung in Organisation und Durchführung der Ersten Hilfe			vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.2.3
	Eigener Rettungsdienst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl der KTW/RTW	_____
	Falls kein eigener Rettungsdienst >>> in der präklinischen Notfallmedizin tätige <u>und</u> anerkannte Lehrkraft			
	Name, Vorname		tätig seit	
				Bestätigung des Rettungsdienstes/Sanitätsdienstes ist beizufügen *)
2.4	Versicherungsschutz			vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.2.4
	Haftpflichtversicherung abgeschlossen bei			
				Personen und Sachschäden müssen abgedeckt sein. Bescheinigung in Kopie beifügen

3.	SACHLICHE VORAUSSETZUNGEN		
3.1	Ausbildungsstätte		vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.3
	Anschrift		Raum mind. 50 m ² ; sofern sich der Raum nicht in Ihrem Eigentum befindet ist eine Rahmennutzungsvereinbarung vorzulegen.
	Größe des Lehrgangsraumes (Grundfläche)	ca. _____ m ²	
3.2	Sanitäreinrichtungen		
	Toiletten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Waschgelegenheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3.3	Unterrichtsmittel		
	Tageslichtprojektor und/oder Beamer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Tafel und/oder Flip-Chart	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Decken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Mindestens 2 Übungsgeräte zur Herz-Lungen-Wiederbelebung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	für die Mund-zu-Mund und Mund-zu-Nase-Beatmung
	Sturzhelm für Motorradfahrer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Verbandkasten DIN 13157	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Erste-Hilfe-Materialien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

*) Eine Tätigkeit im Sanitätsdienst kann als vergleichbar angesehen werden, wenn sie qualitativ dem Einsatzaufkommen im öffentlichen Rettungsdienst entspricht.

	AED-Demonstrations-/ Trainingsgerät	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aktuellen Wiederbelebungsrichtlinien entsprechend
	Sonstige Materialien		z.B. Modelle
3.4	Desinfektion		
	Handlungsanleitung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Detaillierte Beschreibung des Reinigungsprozesses
	Rückverfolgbarer Nachweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dokumentation beifügen

4.	ORGANISATORISCHE VORAUSSETZUNGEN				
4.1	Betriebsgröße				
	Anzahl der fest angestellten Mitarbeiter				Grundlage ist das gesamte Unternehmen – nicht nur der Bildungsbereich
	Anzahl freier Mitarbeiter / Honorarkräfte				
4.2	Vorgesehene Ausbildungsleistung				vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.4.2
	Jährliche vorgesehene Ausbildungsleistung	Lehrgänge		Teilnehmer gesamt	
	Jährliche vorgesehene Fortbildungsleistung	Lehrgänge		Teilnehmer gesamt	
4.3	Unterlagen für Lehrkräfte				vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.4.3 sowie Anhang 1, 2 und 3
	Eigener Leitfaden		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Die Unterlagen sind als Muster beizufügen.
	Leitfaden einer gemäß DGUV Grundsatz 304-001, Abschnitt 3, zertifizierten Stelle		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Falls ja, Kaufbeleg oder Beschaffungsnachweis beilegen
	Foliensätze oder andere Präsentationen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
4.4	Unterlagen für die Teilnehmer				vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.4.4
	DGUV Information 204-007 „Handbuch zur Ersten Hilfe“		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Andere zugelassene Teilnehmerunterlagen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Muster beilegen

4.5	Dokumentation		vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.4.6
	Dokumentation über die Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Folgende Aufzeichnungen sind notwendig: - Aus- oder Fortbildung - Ort/Zeit der Maßnahme - verantwortlicher Arzt - Lehrkraft - Masken-Charge - Teilnehmer (Name, Geburtsdatum, Unterschrift, Arbeitgeber, UV-Träger)
4.6	Teilnahmebescheinigung		vgl. DGUV Grundsatz 304-001, Abs. 2.4.5
	DGUV-Teilnahmebescheinigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Eigene Bescheinigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Muster beifügen

5.	<u>ERKLÄRUNG</u>	
	Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, welche die Grundlage für die Ermächtigung als Stelle für die Aus- und Fortbildung gemäß § 26 Abs. 2 DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ darstellen.	
	_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift (Stempel)