



## Anfrage Bildungsangebot

Vielen Dank für Ihr Interesse an einem Bildungsangebot der Sanitätskollektiv Leipzig GbR. Mit den Angaben in diesem Formular können wir Ihren Bedarf fachgerecht einschätzen, Inhalte und Rahmenbedingungen passend abstimmen und ein individuelles Angebot für Sie vorbereiten. Je vollständiger Ihre Angaben sind, desto gezielter und effizienter können wir Ihre Anfrage bearbeiten.

Auftraggeber*in	
Rechtsform	
Organisation / Name	
Adresse	
Rechnungsadresse	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Kund*innenstatus	<input type="checkbox"/> Bestandskund*in (Kd.-Nr.: _____) <input type="checkbox"/> Neukund*in

Ansprechpartner*innen	
Ansprechpartner*in Planung/Verwaltung	Vor- und Nachname: _____ Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____
Ansprechpartner*in vor Ort (Inhouse-Kurse)	Vor- und Nachname: _____ Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____

Lehrgangsrahmen	
Angebotsart	<input type="checkbox"/> <b>standardisierter</b> Lehrgang <input type="checkbox"/> <b>individueller</b> Lehrgang
Lehrgangsart	<input type="checkbox"/> Erste-Hilfe-Ausbildung <input type="checkbox"/> Erste-Hilfe-Fortbildung <input type="checkbox"/> Erste-Hilfe FreshUp <input type="checkbox"/> Erste-Hilfe am Kind <input type="checkbox"/> Zukunftsretter <input type="checkbox"/> Erste-Hilfe auf Demos <input type="checkbox"/> Notfalltraining <input type="checkbox"/> Skilltraining <input type="checkbox"/> TECC-Grundlagen <input type="checkbox"/> Standbetreuung auf Veranstaltungen
gewünschte Dauer	<input type="checkbox"/> 2-3 Stunden <input type="checkbox"/> 4-6 Stunden <input type="checkbox"/> 7-8 Stunden <input type="checkbox"/> 9-10 Stunden
Lehrgangsniveau für Notfall- und Skilltrainings	<input type="checkbox"/> <b>Erste-Hilfe</b> Maßnahmen <input type="checkbox"/> erweiterte <b>medizinische</b> Maßnahmen
Teilnahmeart	<input type="checkbox"/> <b>offener</b> Kurs (öffentlich ausgeschrieben, jede*r kann teilnehmen) <input type="checkbox"/> <b>geschlossener</b> Kurs (spezieller Personenkreis, nicht öffentlich)



Ort und Zeit	
Art des Lehrgangsortes	<input type="checkbox"/> im Ausbildungszentrum des SKL <input type="checkbox"/> in Räumlichkeiten des*der Auftraggeber*in <input type="checkbox"/> in externen/angemieteten Räumlichkeiten
Lehrgangsort (sofern nicht das SKL Ausbildungszentrum)	Objekt: _____ Straße: _____ Hausnummer: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____ Koordinaten: _____° _____' _____"N _____° _____' _____"E
Art der Örtlichkeit	<input type="checkbox"/> ein Raum <input type="checkbox"/> mehrere Räume <input type="checkbox"/> Halle <input type="checkbox"/> Zelt <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
Größe	Hauptraum: _____ m <sup>2</sup> Nebenraum/Freifläche: _____ m <sup>2</sup>
Termin(e)	<input type="checkbox"/> Tag 1 _____ Beginn: _____:_____ Uhr (Ende: _____:_____ Uhr) <input type="checkbox"/> Tag 2 _____ Beginn: _____:_____ Uhr (Ende: _____:_____ Uhr) <input type="checkbox"/> Tag 3 _____ Beginn: _____:_____ Uhr (Ende: _____:_____ Uhr) <b>Bei mehr als 3 Tagen bitte Informationen im Bemerkungsfeld ergänzen!</b>
Zugangszeiten (mind. 30 Min. Vorbereitungszeit)	Objekt/Gelände betretbar ab: _____:_____ Uhr Objekt/Gelände zu räumen bis: _____:_____ Uhr

Teilnehmer*innen	
Personenzahl	_____ Personen
Altersgruppen	<input type="checkbox"/> Kind (3-12 Jahre) <input type="checkbox"/> Jugendliche (13-17 Jahre) <input type="checkbox"/> Erwachsene (18-69 Jahre) <input type="checkbox"/> Senior (ab 70 Jahren)
Vorerfahrungen	<input type="checkbox"/> keine Vorerfahrungen <input type="checkbox"/> vereinzelte Vorerfahrungen vorhanden <input type="checkbox"/> alle Teilnehmer*innen vorexfahren <input type="checkbox"/> medizinisches Personal
Besonderheiten	<input type="checkbox"/> Sprachbarriere <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Sehbehinderung <input type="checkbox"/> körperliche Einschränkungen <input type="checkbox"/> Angststörungen <input type="checkbox"/> Autismus <input type="checkbox"/> ADS/ADHS <input type="checkbox"/> kognitive Einschränkungen <input type="checkbox"/> Berührungsgängste <input type="checkbox"/> _____



## Unterstützung

### Unterstützungspersonen

- Dolmetscher\*in    Gebärdensprachdolmetscher\*in  
 Sozialpädagog\*in    \_\_\_\_\_

## Lehrgangsinhalte

### gewünschte Schwerpunkte (für standardisierte Kurse)

- Notruf und Ablauf    Personenrettung    Bewusstlosigkeit  
 Reanimation/AED    starke Blutungen    Herzbeschwerden  
 Schlaganfälle    Notfallmedikation    rechtliches  
 Hintergrundwissen/Systematik    Sonderlagen/Krisen  
 \_\_\_\_\_

### gewünschter Inhalt (für individuelle Kurse)

## Technik und Infrastruktur

### Ausstattung vor Ort (Ihre Räumlichkeiten)

- Strom    Internet    Klimatisierung    Parkplatz    WC  
 Beamer/Fernseher (HDMI-Anschluss)    Flipchart/Whiteboard

### Verpflegung vor Ort

- vorhanden, ist **kostenfrei**    vorhanden, ist **kostenpflichtig**  
 **keine** Verpflegungsmöglichkeiten vor Ort vorhanden

## Erklärung

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Sofern ich nicht als Privatperson handle, erkläre ich, dass ich berechtigt bin, diese Anfrage im Namen der genannten Organisation oder Firma zu stellen. Ich bitte um ein Angebot für das vorgenannte Bildungsangebot. Mir ist bekannt, dass durch diese Anfrage keine verbindliche Beauftragung zustande kommt. Das Angebot wird anhand des geltenden Vergütungsverzeichnisses Bildung (VV B) erstellt. Mit der Bestätigung des Angebotes erfolgt die verbindliche Beauftragung. Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen, erkenne die AGB Bildungsangebote verbindlich an und teile Änderungen wesentlicher Angaben sowie erforderliche Unterlagen unverzüglich mit.

Ort

Datum

Unterschrift, ggf. Stempel