



## A N T R A G

### für die HELP-Auszeichnung bei Herz-Lungen-Wiederbelebung (CPR) und/oder Einsatz eines automatischen externen Defibrillators (AED) bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand

Gestützt auf die Bestimmungen für die HELP-Auszeichnung der Schweizerischen Herzstiftung beantrage ich als Gerettete/r, dass unten aufgeführte Person/en die HELP-Auszeichnung erhält/erhalten. Mit meiner Unterschrift erteile ich gleichzeitig die Einwilligung, dass der vorliegende Antrag von meiner Retterin / meinem Retter / meinen Retterinnen / meinen Rettern ausgefüllt und weitergeleitet werden darf.

#### Personalien der geretteten Person

Name / Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

PLZ: ..... Wohnort: ..... Telefon: .....

Mobile: ..... E-Mail: .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift der/des Geretteten: .....

#### Personalien der Retterin / des Retters

Name / Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Beruf/Tätigkeit: .....

Allfällige sanitätsdienstliche Ausbildung: .....

Adresse: .....

PLZ: ..... Wohnort: ..... Telefon: .....

Mobile: ..... E-Mail: .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift der Retterin / des Retters: .....

Falls eine weitere Person an der Rettung beteiligt war, bitte nachfolgend Personalien angeben:

Personalien der zweiten Retterin / des zweiten Retters

Name / Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Beruf/Tätigkeit: .....

Allfällige sanitätsdienstliche Ausbildung: .....

Adresse: .....

PLZ: ..... Wohnort: ..... Telefon: .....

Mobile: ..... E-Mail: .....

Ort, Datum: .....

Unterschrift der zweiten Retterin / des zweiten Retters: .....

Bestätigung des Rettungsdienstes bzw. der Notfallärztin / des Notfallarztes

Ich bescheinige/wir bescheinigen, dass bei unserem Einsatz vom (Datum) ..... die oben aufgeführte/n Person/en angetroffen wurde/n und diese eine erfolgreiche Herz-Lungen-Wiederbelebung (CPR) und/oder automatische externe Defibrillation (AED) durchführten.

Ort, Datum: .....

Stempel und Unterschrift: .....

Wichtig: Wenn vom Rettungsdienst unterzeichnet, ist eine Kopie des Einsatzprotokolls beizulegen.

Austrittsbestätigung des Spitals

Name des Spitals: .....

Adresse: .....

PLZ/Ort: .....

Der/die unterzeichnende Arzt/Ärztin bestätigt, dass der/die Antragsteller/in wegen eines Herz-Kreislauf-Stillstands vom ..... bis ..... hospitalisiert war.

Der/die Antragssteller/in kann heute wieder ein selbständiges Leben führen.

Ort, Datum: .....

Stempel und Unterschrift: .....

