

 Zdravstveni dom Brežice	OBRAZEC	Številka obrazca: OBR NMP 12
	PRIJAVA JAVNE PRIREDITVE/SHODA	Verzija: 01 Datum: 3. 6. 2026

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

 Zdravstveni dom Brežice	OBRAZEC	Številka obrazca: OBR NMP 12
	PRIJAVA JAVNE PRIREDITVE/SHODA	Verzija: 01 Datum: 3. 6. 2026

- ☐ 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

 Zdravstveni dom Brežice	OBRAZEC	Številka obrazca: OBR NMP 12
	PRIJAVA JAVNE PRIREDITVE/SHODA	Verzija: 01 Datum: 3. 6. 2026

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: Kristian PETRIČ, dr. med., specialist družinske medicine, vodja NMP

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