

DMSB - Medizinischer Unfallbericht MOTORRAD

Titel der Veranstaltung: **Reg.Nr.:**

Genehmigende Sportabteilung*: **IDM**

* Nur Clubsport

Ort der Veranstaltung: **Rundstrecke**

Verletzter: Start - Nr.: **Lizenz Nr.:** **Seriensport**

Name: **Supermoto**

Vorname: **geb.:** **Bahnsport**

PLZ/ Wohnort: **Motocross**

Straße: **Enduro**

Bei Unfällen/ Erkrankungen von **Zuschauern/ Helfern u. Sportwarten**, die direkt mit der Veranstaltung zusammenhängen, sowie bei Behandlung von alten Verletzungen von Fahrern, bitte, falls notwendig, statt diesem Formular einen freien ärztlichen Bericht erstellen!

Unfallzeit: Datum Uhrzeit

Unfallort: im ausserhalb des Streckenverlauf(s)

Unfallhergang:

Erstversorgung durch: Arzt RA/RS

vorläufige **abschließende** **Diagnose** bitte entsprechende(n) Buchstaben einfügen!

C = Kontusion/ A = Hautabschürfung/ S = Verstauchung/ F = Fraktur/ H = Hämatom/ D = Luxation/ W = Wunde *)

obere Extremit.	re	li	unt. Extremit.	re	li	Wirbelsäule	andere Region				
Clavicula			Becken			HWS			Abdomen		
Schulter			Hüfte			BWS			Brust/ Rippen		
Humerus			Femur			LWS			Schädel		
Oberarm			Oberschenkel			Kreuzbein			Gesicht		
Ellbogen			Knie			Steißbein			Augen		
Ulna			Kniescheibe			SHT	I°	II°	III°		
Radius			Tibia			andere Verletzungen					
Unterarm			Fibula								
Handgelenk			Unterschenkel								
Daumen			Knöchel								
Kahnbein			Fuß								
Hand/ Finger			Zehen			*) Bitte kein X - ausschließlich A-C-D-F-H-S-W einfügen!					

Befunde: bitte auf Seite 2 eintragen oder ohne Befund

Therapie: bitte auf Seite 2 eintragen oder keine Therapie

Transport-falls ja, mit eigenem PKW KTW RTW mit Arzt RTH

Transportziel/Krankenhaus:

Beurteilung: (I - stationär, O - ambulant, U - Behandlung unbekannt, N - keine Behandlung, D - Tod)

Wettbewerbstauglichkeit über den Veranstaltungszeitraum hinaus: ja nein fraglich

DMSB Lizenz: ja nein Lizenz einbehalten: ja nein

Datum: LRA RL/FL

DMSB - Medizinischer Unfallbericht MOTORRAD

Titel der Veranstaltung:

Reg.Nr.:

Genehmigende Sportabteilung*:

IDM

* Nur Clubsport

Ort der Veranstaltung:

Rundstrecke

Verletzter: Start - Nr.: **Lizenz Nr.:**

Seriensport

Name:

Supermoto

Vorname: **geb.:**

Bahnsport

PLZ/ Wohnort:

Motocross

Straße:

Enduro

Bei Unfällen/ Erkrankungen von **Zuschauern/ Helfern u. Sportwarten**, die direkt mit der Veranstaltung zusammenhängen, sowie bei Behandlung von alten Verletzungen von Fahrern, bitte, falls notwendig, statt diesem Formular einen freien ärztlichen Bericht erstellen!

Trial

Motoball

Unfallzeit: Datum Uhrzeit

Nur Motorrad Offroad Sport (bitte angeben, welches Brace getragen wurde) kein Brace

Leatt Brace ORTEMA Neck-Brace soft Brace anderes*

*) bitte Namen und Hersteller angeben

Befund: RR mmHG Puls /min BZ mg%

GCS initial O² Sättigung %

pDMS o.B. Gelenke/ WS frei wenn nein, bitte beschreiben

Therapie:

bei Unfallverletzten, die außerhalb der Rennstrecke/ Bahn weiterbehandelt wurden

Anruf D-Arzt Praxis/ Krankenhaus

Datum/ Uhrzeit

Anrufer: