

Wichtige Ausfüllhinweise:

1. Der Bericht ist vom MEL/Lt. Rennarzt/behandelnden Rennarzt vollständig auszufüllen
2. Der Bericht ist sofort (spätestens jedoch am nächsten Werktag) durch den MEL/Lt. Rennarzt/behandelnden Rennarzt oder den Vorsitzenden Sportkommissar ausschließlich per E-Mail an unfallmeldung@dmsb.de zu senden
3. Nach dem Versand per E-Mail ist der Bericht zu vernichten (ausg. der vor Ort behandelnde Rennarzt)

Weitere Hinweise:

Eine Unfall-Meldung hat durch den Verletzten zusätzlich per Online-Unfallanzeige über die DMSB-Homepage zu erfolgen www.dmsb.de/de/lizenzen/online-unfallmeldung

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

Motorradsport

- Bahnsport E-Bike Enduro Mini Moto Motocross Motoball
 SuperMoto Trial Straßensport

Automobilsport

- Bergrennen Drag Racing Drift Offroad Rallye Rundstrecke Slalom LP

Titel der Veranstaltung Datum

Ort der Veranstaltung Reg-Nr.

MEL/behandelnder Rennarzt

Renn-/Rallye-/Fahrleiter

Verletzte Person

Start-Nr. Lizenz Nr. geb.

Name Vorname

Unfall

Unfallzeit am um und/oder Eintreffen Medical Center um

Unfallort an Posten-Nummer oder ausserhalb des Streckenverlauf (Fahrerlager, Zuschauerbereich)

Unfallhergang nach Angaben des Sportwartes des Fahrers anderer

Eingesetztes RM Strecke Einsatz Medical Car/MIC Einsatz Ex-Team

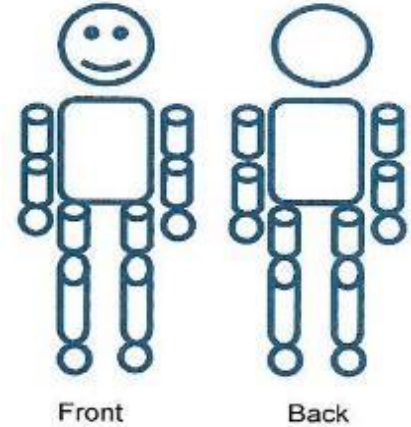
Erstversorgung durch Doctor NFS/RA/RS

Medical Code / A-B-C-D-E



Bitte entsprechend ankreuzen !

Verletzungen	<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> Polytrauma		Zeitkritisch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	geschlossen	offen	leicht	mittel	schwer	
Schädel-Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thorax/Rippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BWS / LWS / HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Untere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inhalationstrauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="text"/>					
Verbrennung/Verbrühung	I° <input type="checkbox"/>	II° <input type="checkbox"/>	III° <input type="checkbox"/>	KOF% <input type="text"/>		
SHT-Grad	I° <input type="checkbox"/>	II° <input type="checkbox"/>	III° <input type="checkbox"/>			



Tod Zeitpunkt des Todes Motorradspport: Incident-Report erstellt ja

Befunde/Therapie ohne Befund keine Therapie

Weitertransport mittels selbst/Team RTW NAW RTH

Transportziel/Krankenhaus

DIVI-Protokoll / Kurzarztbrief / Begleitschreiben angefertigt ja nein

DMSB-Lizenz ja nein

Wettbewerbstauglichkeit über den Veranstaltungszeitraum hinaus ja nein fraglich

Bei Nichtwettbewerbstauglichkeit ist die Lizenz einzubehalten: ja nein

Meldung an Rennleiter erfolgt, d. Lizenz einbehalten/gesperrt werden muss: ja nein

Nur Motorrad Offroad-Sport (bitte angeben, welches Brace vom Fahrer getragen wurde)

Kein Brace Leatt Brace Ortema Neck-Brace soft Brace

anderes, bitte Hersteller eintragen

Besonderheiten

(bitte bei Bedarf auch Anamneseerhebung mittels SAMPLER vornehmen!)

Vitalparameter bei Eintreffen

RR HF SpO2 pDMS o.B.
GCS initial BZ NACAScore Gelenke / WS frei
Tetanusschutz nach eigener Angabe vorhanden ja nein unklar

Befund/Vorläufige Diagnose

Therapie

Vitalparameter bei Übergabe an Rettungsdienst zu Weitertransport

RR HF SpO2 GCS BZ

Bei Unfallverletzten, die außerhalb der Rennstrecke weiterbehandelt wurden

Anruf D-Arzt Praxis/ Krankenhaus Datum Uhrzeit

Anrufer Gesprächspartner

- Auskunft über den Zustand des Patienten wurde von der Zielklinik verweigert
 Stationäre Aufnahme Dauer Verlegung Ziel
 Ambulante Versorgung Patient hat Krankenhaus auf eigenen Wunsch/gegen ärztl. Rat verlassen

Ergebnis der Untersuchung Anfangsverdacht bestätigt ja nein