

### Wichtige Ausfüllhinweise:

1. Der Bericht ist vom vor Ort behandelnden Rennarzt vollständig auszufüllen
2. Der Bericht ist sofort (spätestens jedoch am nächsten Werktag) durch den vor Ort 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/active/lizenznehmer/unfallmeldung](http://www.dmsb.de/active/lizenznehmer/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!

Straßensport  
  Motocross  
  SuperMoto  
  Enduro  
  Trial  
  Bahnsport  
  Motoball

Titel der Veranstaltung  Datum

Ort der Veranstaltung  Reg-Nr.

Lt. Rennarzt  Renn-/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

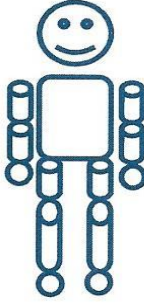
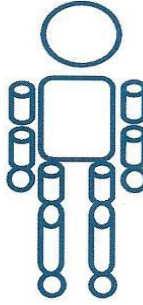
Eingesetztes RM Strecke   Einsatz Medical Car/MIC

Erstversorgung durch Arzt  RA/RS

Medical Code / A-B-C-D-E grün  gelb  rot  blau

**Bitte entsprechend ankreuzen !**

Verletzungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Polytrauma	Zeitkritisch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Wunde	Luxation	Kontusion	Distorsion	Fraktur
Schädel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gesicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Augen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
HWS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BWS / LWS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thorax/Rippen	<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"/>
Becken	<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"/>
Abdomen	<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"/>
SHT-Grad			I° <input type="checkbox"/>	II° <input type="checkbox"/>	III° <input type="checkbox"/>

Front                      Back

KOF%

Tod   
 Zeitpunkt des Todes   
 Incident-Report erstellt  ja  nein

Befunde/Therapie  ohne Befund  keine Therapie

Weitertransport mittels  selbst/Team  RTW  RTW+Arzt  RTH

Transportziel/Krankenhaus

DIVI-Protokoll / Kurzarztbrief / Begleitschreiben angefertigt  ja  nein

Wettbewerbstauglichkeit über den Veranstaltungszeitraum hinaus  ja  nein  fraglich

DMSB-Lizenz  ja  nein Lizenz einbehalten  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