

## DMSB - Medizinischer Unfallbericht AUTOMOBIL und MOTORRAD

Version 01/2024, letzte Änderung 02.01.2024

### 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](mailto: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](http://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!

### Motorradспорт

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

### Automobilспорт

- 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

 grün

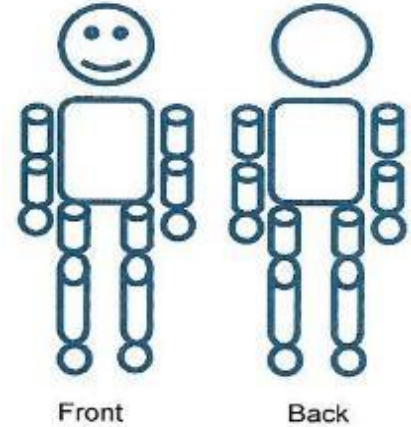
 gelb

 rot

 blau

Bitte entsprechend ankreuzen !

Verletzungen	<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> Polytrauma		Zeitkritisch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	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