

Wichtige Ausfüllhinweise:

1. Der Bericht ist vom MEL/behandelnden Arzt vollständig auszufüllen
2. Der Bericht ist sofort (spätestens jedoch am nächsten Werktag) durch den MEL/ behandelnden Arzt 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. MEL/behandelnder Arzt)

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

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!

Klasse

Bambini/Mini VT Kat I OK X 30 Junior KZ2 DEKM
 Superkart VT Kat II OK-Junior X 30 Senior

Titel der Veranstaltung **Datum**
Ort der Veranstaltung **Reg-Nr.**
MEL/behandelnder Arzt **Rennleiter**

Verletzte Person

Start-Nr. **Lizenz Nr.** **geb.**
Name **Vorname**

Unfall

Unfallzeit am um
Unfallort an Posten-Nummer **oder** ausserhalb des Streckenverlauf (Fahrerlager, Zuschauerbereich)
Unfallhergang nach Angaben des Sportwartes des Fahrers anderer

Eingesetztes RM Strecke

Erstversorgung durch Doktor Paramedic

Diagnose vorläufig abschließend

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

Bitte entsprechenden Buchstaben einfügen (bitte kein X einfügen)!

C = Kontusion, A = Hautabschürfung, S = Verstauchung, F = Fraktur, H = Hämatom, D = Luxation, W = Wunde

| Obere Extremit. | re | li | Untere Extremit. | re | li | Wirbelsäule | andere Region |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|---|---------------------------------------|
| Clavicula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Becken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HWS <input type="checkbox"/> | Abdomen <input type="checkbox"/> |
| Schulter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hüfte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BWS <input type="checkbox"/> | Brust/Rippen <input type="checkbox"/> |
| Humerus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Femur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | LWS <input type="checkbox"/> | Schädel <input type="checkbox"/> |
| Oberarm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oberschenkel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kreuzbein <input type="checkbox"/> | Gesicht <input type="checkbox"/> |
| Ellbogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Knie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Steißbein <input type="checkbox"/> | Augen <input type="checkbox"/> |
| Ulna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kniescheibe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Radius | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tibia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SHT-Grad I° <input type="checkbox"/> II° <input type="checkbox"/> III° <input type="checkbox"/> | |
| Unterarm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fibula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Handgelenk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Unterschenkel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andere Verletzung | |
| Daumen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Knöchel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | |
| Kahnbein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fuß | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Hand/ Finger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

Tod **Zeitpunkt des Todes**

Befunde/Therapie ohne Befund keine Therapie

Weitertransport mittels selbst/Team KW Typ A1/B KW Typ C mit 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

Brace(bitte angeben, welches Brace vom Fahrer getragen wurde)

Kein Brace Leatt Brace Ortema Neck-Brace soft Brace

anderes, bitte Hersteller eintragen

Sicherheitssitz (hoher Sitz) ja nein **Rippenschutz** ja nein

Marke

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