

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/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!

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"/>	<input type="text"/>	
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