

DMSB - Medizinischer Unfallbericht MOTORRAD

Bitte den Unfallbericht senden an: DMSB e.V., Hahnstrasse 70, 60528 Frankfurt
E-mail: unfallmeldung@dmsb.de oder Fax: +49 69-633 007 30

Eine Unfall-Meldung hat durch den Verletzten zusätzlich per Online-Unfallanzeige über die DMSB-Website www.dmsb.de/active/lizenznehmer/Unfallmeldung zu erfolgen.

IDM Rundstrecke Motocross SuperMoto Enduro Trial Bahnsport Motoball

Titel der Veranstaltung **Datum**

Ort der Veranstaltung **Reg-Nr.**

Zuständige Sportabteilung ADAC ACV ADMV AvD DMV

Verletzter

Start-Nr. **Lizenz Nr.** geb.

Name **Vorname**

Straße/Hausnummer

PLZ/ Wohnort

Bei Unfällen/Erkrankungen von **Zuschauern/Helfern u. Sportwarten**, 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!

Unfallzeit Datum Uhrzeit

Unfallort im ausserhalb des Streckenverlauf(s) (Fahrerlager, Zuschauerbereich)

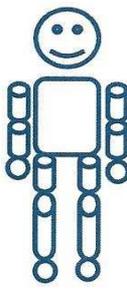
Unfallhergang

Erstversorgung durch Arzt RA/RS

Ersteindruck / Erstdiagnose

Bitte entsprechend ankreuzen !

Verletzungen	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Polytrauma			
	Wunde	Luxation	Kontusion	Distorsion	Fraktur
Schädel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SHT Grad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
Gesicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Augen	<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"/>		
Verbrenn-/brühung	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges	<input type="text"/>				



Front Back

KOF

Befunde bitte auf Seite 2 eintragen oder ohne Befund

Therapie bitte auf Seite 2 eintragen oder keine Therapie

Transport nein eigenem / Team-PKW RTW RTW+Arzt RTH

Eingesetztes RM Einsatz Medical Car

Transportziel/Krankenhaus

DIVI-Protokoll / Kurzarztbrief / Begleitschreiben angefertigt ja nein

Wettbewerbstauglichkeit über den Veranstaltungszeitraum hinaus fraglich nein ja

DMSB-Lizenz ja nein **Lizenz einbehalten** ja nein

Datum **Ltd. Rennarzt** **RL**

Start-Nr. Lizenz Nr. geb.

Name Vorname

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 (Zeilenumbruch = gleichzeitiges Drücken von "Alt" und "Enter")

Befund / Erstdiagnose

RR HF SpO₂

GCS initial BZ NACAScore

pDMS o.B. Gelenke/ WS frei wenn nein, bitte beschreiben

Therapie

Bei Unfallverletzten, die außerhalb der Rennstrecke weiterbehandelt wurden

Anruf D-Arzt Praxis/ Krankenhaus Datum Uhrzeit

Anrufer Gesprächspartner

Stationäre Aufnahme Dauer Verlegung Ziel

Ambulante Versorgung Pat. hat KH auf eigenen Wunsch/gegen ärztl. Rat verlassen

Ergebnis der Untersuchung Anfangsverdacht bestätigt ja nein