

DMSB UNFALLBERICHT KART - Medical Report

VERANSTALTUNG **Ort**

Zust. Sportabteilung **Reg.Nr.**

Verletzter: Start - Nr. **Liz.-Nr.** **Klasse** Bambini

Name: VT Kat I VT Kat II

Vorname: Superkart KF

geb. am: KF-Junior KZ2

Wohnort: X 30 Jun. X 30 Sen.

Strasse: falls andere Klasse, bitte angeben:

Unfallzeit: Datum: Uhrzeit:

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

Unfallhergang:

nach Angaben des Sportwartes des Fahrers anderer

Frontalaufprall auf ein festes Hindernis Seitlicher Aufprall von anderem Kart

Heckaufprall auf ein festes Hindernis Seitlicher Aufprall auf festes Hindernis

Auffahren auf ein bewegtes Hindernis Heckaufprall von anderem Kart

Überschlag

Sonstiges

Erstversorgung durch: Dr. med. Paramedic

Diagnose: vorläufig abschließend **Bitte entsprechende(n) Buchstaben einfügen!**

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

obere Extremit.	re	li	unt. Extremit.	re	li	Wirbelsäule	andere Region
Clavicula			Becken			HWS	Abdomen
Schulter			Hüfte			BWS	Brust/ Rippen
Humerus			Femur			LWS	Schädel
Oberarm			Oberschenkel			Kreuzbein	Gesicht
Ellbogen			Knie			Steißbein	Augen
Ulna			Kniescheibe			SHT <input type="checkbox"/> I° <input type="checkbox"/> II° <input type="checkbox"/> III° <input type="checkbox"/>	
Radius			Tibia			andere Verletzungen	
Unterarm			Fibula				
Handgelenk			Unterschenkel				
Daumen			Knöchel				
Kahnbein			Fuß				
Hand/ Finger			Zehen			* Bitte kein X - ausschließlich A-C-D-F-H-S-W einfügen!	

Befunde: bitte auf 2. Seite eintragen oder **ohne Befund**

Therapie: bitte auf 2. Seite eintragen oder **keine Therapie**

Transport: nein eigenem PKW KW Typ A1 KW Typ C mit Arzt RTH

Transportziel:

Stationäre Aufnahme: ja nein noch unbestimmt

Wettbewerbstauglichkeit über den Veranstaltungszeitraum hinaus: fraglich ja nein

Datum

Ltd. Rennarzt (in Blockschrift) Rennleiter (in Blockschrift)

Verteiler: Original an: DMSB e.V., Hahnstrasse 70, 60528 Frankfurt/Main, Fax 069-633 007 30, E-Mail: rkistner@dmsb.de
Kopie an: HDI Unfallschadenabteilung: Fax: 0511-645 115 15 95, E-Mail: kirstin.stollwerk@hdi.de

Bei Rückfragen steht Ihnen Frau Stollwerk zur Verfügung: Tel.: 0211-1443309

Bitte in Blockschrift oder mit PC ausfüllen
(Zeilenumbruch = gleichzeitiges Drücken von "Alt" und "Enter")