

Unfallbericht

(bitte leserlich und in Blockschrift ausfüllen!)

Veranstaltung: _____

Sanitätsdienst: _____

Verletzter:

Name: _____ Vorname : _____ geb. am: _____

Wohnort: _____ Straße : _____

Telefon : _____ Krankenkasse : _____

Verletzter ist: () Teilnehmer () Helfer/Funktionär () Zuschauer

Ärztliche Versorgung durch: _____
(Versorgender Arzt)

Vorläufige Diagnose : _____

Erforderliche Maßnahmen: _____

Einweisung in ein Krankenhaus : Ja : () Nein: ()

Anschrift des Krankenhauses : _____

Zeit und Ort des Unfalls:

Datum : _____ Uhrzeit : _____

im Streckenverlauf : () außerhalb des Streckenverlaufs: () (z.B. Zuschauerbereich, Fahrerlager)

Unfallhergang (kurze Angaben, soweit möglich aus der Sicht des Verletzten):

Wettbewerbstauglichkeit über den Veranstaltungszeitraum hinaus:

Ja: () Nein: () Fraglich: ()

Unterschriften: _____
(Leitender Arzt bzw. Stellvertreter) (Protokollführer des Sanitätsdienstes)

Vom Veranstalter unbedingt auszufüllen:

Start-Nr.: _____ Klasse : _____ Mitglieds-Nr.: _____
ADAC/ADMV/AvD/DMV

Unterschrift des Fahrtleiters: _____

Bericht schnellstmöglich zum jeweiligen Dachverband/Versicherer schicken.