

# DMSB - Medizinischer Unfallbericht MOTORRAD

**Titel der Veranstaltung**

**Reg.Nr.:**  Klasse

**Genehmigende Sportabteilung\*:**

**IDM**

\* Nur Clubsport

**Ort der Veranstaltung:**

**Rundstrecke**

**Verletzter:** **Start - Nr.:**

**Seriensport**

**Name:**

**Supermoto**

**Vorname:**  **Geb.datum:**

**Bahnsport**

**PLZ/ Wohnort:**

**Motocross**

**Strasse:**

**Enduro**

Bei Unfällen/ Erkrankungen, die direkt mit der Veranstaltung zusammenhängen, von **Zuschauern/Helfern** u. **Sportwarten**, sowie bei Behandlung von alten Verletzungen von Fahrern, bitte, falls notwendig, statt diesem Formular einen freien ärztlichen Bericht erstellen!

**Trial**

**Unfallzeit:** Datum  Uhrzeit

**Motoball**

**Unfallort:** im  ausserhalb des  Streckenverlauf(s)

**Unfallhergang:**

**Erstversorgung durch:** Arzt  RA/RS

**vorläufige**  **abschließende**  **Diagnose** 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				I°	II°	III°
Radius			Tibia			andere Verletzungen						
Unterarm			Fibula									
Handgelenk			Unterschenkel									
Daumen			Knöchel									
Kahnbein			Fuß			*) Bitte <b>kein</b> X - ausschließlich A-C-D-F-H-S-W einfügen!						
Hand/ Finger			Zehen									

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

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

Transport - falls ja, mit: eigenem PKW  KTW  RTW  mit Arzt  RTH

Transportziel/Krankenhaus:

**Beurteilung:**  ( I - stationär, O - ambulat, U - Behandlung unbekannt, N - keine Behandlung, D - Tod)

Wettbewerbstauglichkeit über den Veranstaltungszeitraum hinaus: ja  nein  fraglich

**DMSB Lizenz:** ja  nein  **Liz. Nr.:**  **Lizenz einbehalten:** ja  nein

**Datum:**  **Rennarzt:**  **RL/FL:**

**Verteiler:** **Original:** an den DMSB, Hahnstrasse 70, 60528 Frankfurt am Main, Fax: 069-633007-30

**Kopie:** Motorsport Schadensbüro, Rheinstrasse 12c, 64283 Darmstadt, Tel.:06151/158955

## DMSB - Medizinischer Unfallbericht MOTORRAD

Titel der Veranstaltung

Reg.Nr.:

Ort der Veranstaltung

Verletzter: Start - Nr.:

Name:

Vorname:  Geb Dat:

Nur Motorrad Offroad Sport: (bitte angeben, welches Brace getragen wurde) keine Brace

Leatt Brace  ORTEMA Neck-Brace  soft Brace  anderes\*

\*) bitte Namen und Hersteller angeben

BEFUND: RR  mmHG Puls:  /min BZ:  mg%

GCS initial

DMS 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:

Ergebnis der Untersuchung: