



Veranstaltung :
Ort und Datum:
Rennnummer:

1.) Verunfallte Person

Name:
Vorname: Tel.-Nr.:
Strasse: PLZ: Ort:
Geschlecht: männlich weiblich
Sportart/Disziplin: Start-Nr.:

2.) Unfallort

Pistenbezeichnung: Unfallzeit:
Tor-Nr.: Unfalldatum:
Anderes:

3.) Zusätzlich beteiligte Person

Name:
Vorname: Tel.-Nr.:
Strasse: PLZ: Ort:
Geschlecht: männlich weiblich
Sportart/Disziplin: Start-Nr.:

4.) Bei Kollision mit Objekt

Person Pistenfahrzeug Stein, Fels, Baum
 Haus Skilift- / Seilbahmast Pistenabspernung / -markierung
Andere:

5.) Zeugen

1

2

Name:	.....	.....
Vorname:	.....	.....
Strasse:	.....	.....
PLZ, Ort:	.....	.....
Tel.-Nr.:	.....	.....



6.) Unfallhergang (Kurze Schilderung mit Skizze)

7.) Schädigung, Verletzung

7.1 Verletzte(s) Körperteil(e) (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopf, Hals | <input type="checkbox"/> Rücken, Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Brustkorb |
| <input type="checkbox"/> Schulter, Oberarm li/re | <input type="checkbox"/> Ellbogen, Vorderarm li/re | <input type="checkbox"/> Handgelenk li/re |
| <input type="checkbox"/> Bauch | <input type="checkbox"/> Becken, Intimbereich | <input type="checkbox"/> Hüftgelenk, Oberschenkel li/re |
| <input type="checkbox"/> Knie li/re | <input type="checkbox"/> Unterschenkel li/re | <input type="checkbox"/> Fußgelenk, Fuß, Zehen li/re |

7.2 Behandlung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung durch Rennarzt/Bergwacht | <input type="checkbox"/> Einlieferung in Arztpraxis |
| <input type="checkbox"/> Einlieferung in Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Entlassung auf privater Basis |

7.3 Abtransport vom Unfallort

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bergwacht-Akja | <input type="checkbox"/> Pistenfahrzeug/Skidoo | <input type="checkbox"/> Helikopter |
| <input type="checkbox"/> Andere | | |

8.) Personalien Schiedsrichter/TD (DSV-Kampfrichter)

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Tel.-Nr.:

E-mail:

Ort und Datum:	Unterschrift
.....