



UNFALLBERICHT

(bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name der Veranstaltung: _____

Veranstalter- (Club): _____

Verletzter:
Name: _____ Vorname: _____ geb. am _____

Wohnort: () _____ Straße: _____

Teilnehmer Helfer/Funktionär Zuschauer

Ärztliche Erstversorgung durch: _____
(Versorgender Arzt)

Vorläufige Diagnose:

Anmerkung: Durch die Abgabe einer schriftlichen Erklärung auf ihrem Nennformular haben die Teilnehmer die behandelten Ärzte gegenüber der Rennleitung und den Sportkommissaren von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.)

Erforderliche Maßnahmen: _____

Einweisung ins Krankenhaus: ja nein

Anschrift des Krankenhauses: _____

Zeit und Ort des Unfalls: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____

Im Streckenverlauf Außerhalb des Streckenverlaufs Zuschauerbereich/Fahrerlager

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

Wettbewerbstauglich über den Veranstaltungszeitraum hinaus: Ja nein Fraglich

Unterschriften: _____
(Leitender Arzt /Stellvertreter) (Protokollführer des Sanitätsdienstes)

(Bitte vom Veranstalter unbedingt ausfüllen)

Start-Nr.: _____ DMV-Mitglied: ja (Nr.) _____ nein
Abschluss Tagesunfallversicherung: ja nein

Unterschrift Rennleiter/Fahrleiter: _____

Bitte senden sie das Formular an:
DMV Versicherungsbüro
Postfach 710235
60492 Frankfurt