



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**

.....