

DMSB-Incident-Report Motorrad

Version 02/2021, letzte Änderung 03.08.2021

Wichtige Ausfüllhinweise:

1. Der Incident-Report ist vom Veranstalter vollständig auszufüllen bei Unfällen mit tödlichem Ausgang/ mit möglichem tödlichen Ausgang mit Querschnittsverletzung/ mit möglicher Querschnittsverletzung
2. Ein Medizinischer Unfallbericht ist vom vor Ort behandelnden Rennarzt zu erstellen
2. Bitte dem Incident-Report Streckenplan/Unfallhergang/Zeugenaussage beifügen
3. Der Bericht ist innerhalb von 10 Tagen durch den Veranstalter im DMSB Portal/Veranstaltungsmanagement hochzuladen

Eine Unfall-Meldung hat durch den Verletzten zusätzlich per Online-Unfallanzeige über die DMSB-Homepage zu erfolgen www.dmsb.de/active/lizenznehmer/unfallmeldung

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

Veranstaltung Straßensport SuperMoto MX Enduro Trial Bahnsport Motoball

Titel der Veranstaltung/Ort:

Veranstalter: Datum:

Wettbewerbsteil: Reg.Nr.:

Klasse:

Zuständige Sportabteilung: ADAC ADMV DMV DMSB-Prädikat: ja nein

Status der Veranstaltung: International Europa-offen National

Renn-/Fahrtleiter: Telefon:

Sportkommissar: Telefon:

Unfall

Unfallzeit am um und/oder Einreffen bei stat. Behandlungseinr. um

Unfallort an Posten-Nummer oder ausserhalb des Streckenverlauf (Fahrerlager, Zuschauerbereich)

Unfallhergang nach Angaben des Sportwartes des Fahrers anderer

Tod Zeitpunkt des Todes

Beteiligte

| | 1 | 2 | 3 |
|------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Start Nr. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Fahrer | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Lizenz-Nr. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Verletzte Person

Start-Nr. Lizenz Nr. geb.

Name Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/ Wohnort

Erstbehandelnder Arzt Krankenhaus

Ankunft medizinische Hilfe Start der Reanimation

Eintreffen der Ambulanz B1 B2

Med. Unfallbericht durch Leitenden Rennarzt erstellt ja nein

Fzg. durch den Techniker untersucht ja nein

Angehörige informiert ja nein

Beschreibung des Unfallhergangs (evtl. weitere Angaben und Skizze als Anhang)

Zeichengebung (genaue Angaben)

Sicherungsmaßnahmen

Unfallart

Zusammenstoß mit einem anderen Fahrzeug, dass

- anfuhr, anhielt oder stand
- vorausfuhr
- seitlich in gleicher Richtung fuhr
- entgegenkam
- einbog
- Zusammenstoß zw. Fahrzeug und Personen
- Aufprall auf ein Hindernis
- Abkommen von Fahrbahn rechts
- Abkommen von Fahrbahn links
- Unfall anderer Art

Charakteristik der Unfallstelle

- Boxengasse
- Einmündung Boxengasse
- Gerade Steigung
- Kuppe
- Kurve rechts Kurve links

Zeichengebung am Unfallort

- still geschwenkt

Unfalldokumentation

- Helm sichergestellt ja nein
- Motorrad sichergestellt ja nein
- Dokumentation Video Bilder Andere unbekannt

Straßenbefestigung

- Betondecke
- Schwarzdecke
- Pflaster
- sonstige befestigte Decke
- Schotter
- Unbefestigte Straße

Zustand der Strecke

- Nass
- Trocken
- Schmutzig
- Öl auf Strecke

Witterung

- Regen
- Schneefall / Hagel
- Nebel / Dunst
- Sturm, Böen
- Sonnig

Sicht ca. m

Lichtverhältnisse

- Tageslicht
- Dämmerung
- Dunkelheit

Zeugen

Name Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/ Wohnort

Lizenz Nr. geb.

E-Mail Telefon

Name Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/ Wohnort

Lizenz Nr. geb.

E-Mail Telefon

Name Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/ Wohnort

Lizenz Nr. geb.

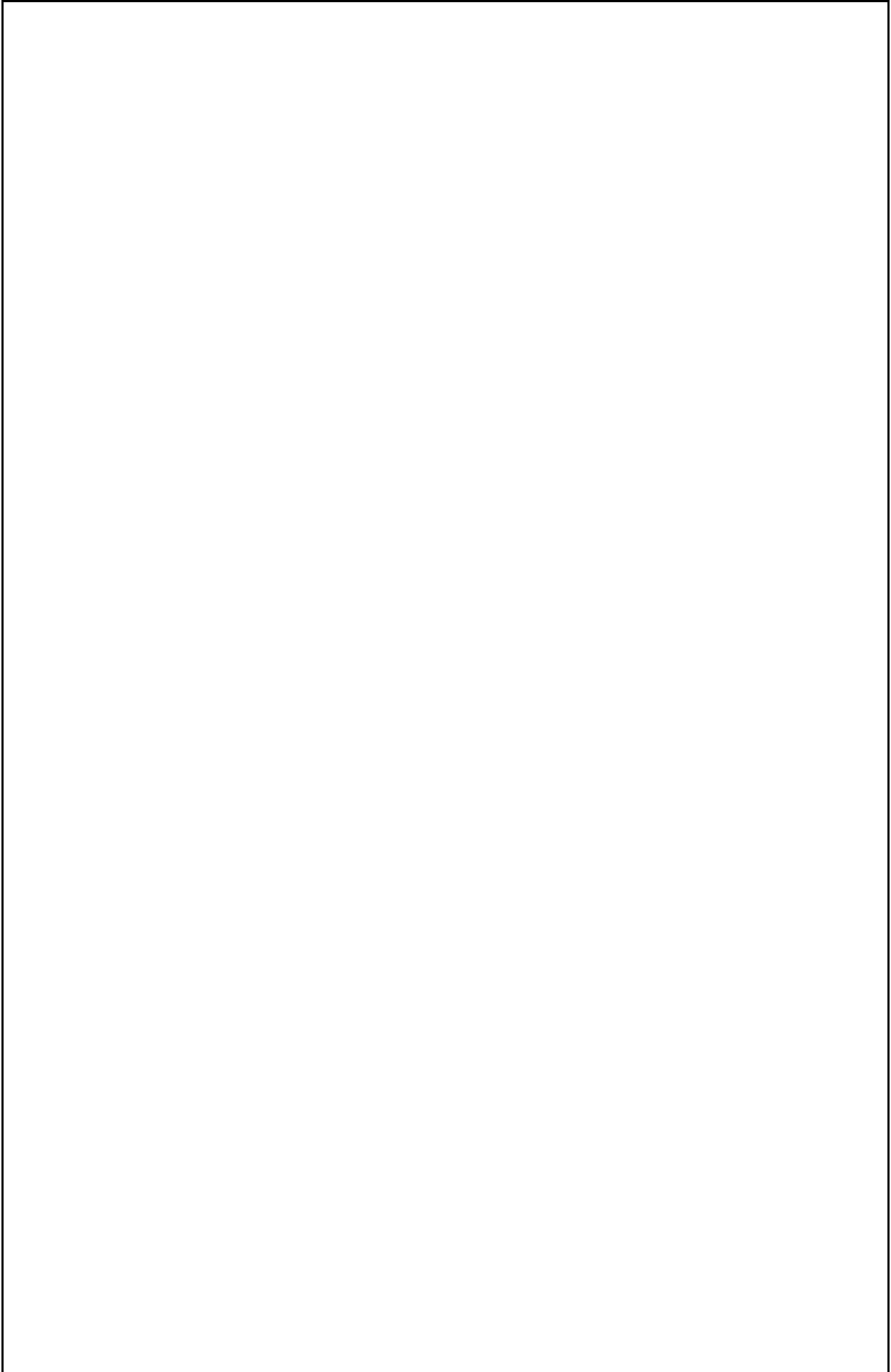
E-Mail Telefon

Ansprechpartner Polizei

Ansprechpartner Staatsanwaltschaft

Bemerkungen

**DMSB-Incident-Report Motorrad
Streckenplan**



**DMSB-Incident-Report Motorrad
Unfallhergang**

Empty rectangular box for incident report content.

DMSB-Incident-Report Motorrad Zeugenaussagen

Zeugen

| | | | |
|-------------------|----------------------|---------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Straße/Hausnummer | <input type="text"/> | | |
| PLZ/ Wohnort | <input type="text"/> | | |
| Lizenz Nr. | <input type="text"/> | geb. | <input type="text"/> |
| E-Mail | <input type="text"/> | Telefon | <input type="text"/> |

| | | | |
|-------------------|----------------------|---------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Straße/Hausnummer | <input type="text"/> | | |
| PLZ/ Wohnort | <input type="text"/> | | |
| Lizenz Nr. | <input type="text"/> | geb. | <input type="text"/> |
| E-Mail | <input type="text"/> | Telefon | <input type="text"/> |

| | | | |
|-------------------|----------------------|---------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Straße/Hausnummer | <input type="text"/> | | |
| PLZ/ Wohnort | <input type="text"/> | | |
| Lizenz Nr. | <input type="text"/> | geb. | <input type="text"/> |
| E-Mail | <input type="text"/> | Telefon | <input type="text"/> |