

# Unfallprotokoll Rettungsdienst 1/4

Unfallnr. Unternehmung

## Unfalldatum und -zeit

Unfalldatum:    .    ,

Unfallzeit:   :

## Unfallort

Unfallort (x/y):       /        Kreuzung, Knotenpunkt

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Piste   | <input type="checkbox"/> Abfahrtsroute                   |
| <input type="checkbox"/> Freies Skigelände                             | <input type="checkbox"/> Funpark, Boardercross, Halfpipe |
| <input type="checkbox"/> Schlepplift                                   | <input type="checkbox"/> Fussweg, Wanderweg              |
| <input type="checkbox"/> Einstieg, Ausstieg Schlepplift, Sessellift    | <input type="checkbox"/> Strasse                         |
| <input type="checkbox"/> Im Gebäude (z.B. Restaurant, Seilbahnstation) | <input type="checkbox"/> Schlittelweg, -piste            |
| <input type="checkbox"/> Anderes                                       | <input type="checkbox"/> Rennpiste                       |

Schwierigkeit der Piste:  blau  rot  schwarz  geöffnet  geschlossen

## Bezeichnung Unfallstelle

Name:

## Alarm- und Rettungszeiten

Alarmzeit:   :

Eintreffen Rettungsdienst:   :

Übergabe an medizinischen Dienst:   :

## Schneebeschaffenheit an Unfallstelle

## Wetter

- |                                      |   |   |   |
|--------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pulver      | <input type="checkbox"/> Eis, vereist             | <input type="checkbox"/> Schön  | <input type="checkbox"/> Leicht bewölkt |
| <input type="checkbox"/> Hartschnee  | <input type="checkbox"/> Tiefschnee, unpräpariert | <input type="checkbox"/> Stark bewölkt  | <input type="checkbox"/> Schneefall     |
| <input type="checkbox"/> Sulz        | <input type="checkbox"/> Apere Stelle             | <input type="checkbox"/> Nebel  | <input type="checkbox"/> Regen          |
| <input type="checkbox"/> Nassschnee  | <input type="checkbox"/> Andere                   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Kunstschnee |   | Temperatur: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> °C |   |

## Unfallhergang

## Kollisionsobjekt

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Selbstunfall ohne Beteiligung Anderer | <input type="checkbox"/> Baum            | <input type="checkbox"/> Pistenfahrzeug                       |
| <input type="checkbox"/> .. nach Sprung                        | <input type="checkbox"/> Stein, Fels     | <input type="checkbox"/> Skilift, Seilbahninstallation        |
| <input type="checkbox"/> .. ohne Sprung                        | <input type="checkbox"/> Haus            | <input type="checkbox"/> Pistenabsperung, -markierung         |
| <input type="checkbox"/> Kollision mit Person                  | <input type="checkbox"/> Element Funpark | <input type="checkbox"/> Einrichtungen der Beschneiungsanlage |
| <input type="checkbox"/> Kollision mit Objekt                  | <input type="checkbox"/> Bügel, Sessel   | <input type="checkbox"/> Anderes                              |
| <input type="checkbox"/> Anzahl beteiligte Personen            |  |   |

# Unfallprotokoll Rettungsdienst 2/4

Unfallnr. Unternehmung

## Verletzungsgrad

- Unverletzt  Leicht verletzt  Mittelschwer verletzt  
 Schwer verletzt  Unfall mit Todesfolge

## Name, Geschlecht und Nationalität

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich Nationalität: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:    .    .       Alter geschätzt (wenn Datum/Geburtsjahr unbekannt):  
Ca.   Jahre

## Heimatadresse

Strasse, Nr.:

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## Versicherung

- Haftpflichtversicherung, Name der Versicherung:  
 UVG versichert

## Ferienadresse

Name Unterkunft: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.:

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Sportart zum Zeitpunkt des Unfalls

## Tätigkeit

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Skifahren/Carving        | <input type="checkbox"/> Material gemietet | <input type="checkbox"/> Snowboardfahren      | <input type="checkbox"/> Freie/individuelle Tätigkeit          |
| <input type="checkbox"/> Telemark                 |  | <input type="checkbox"/> Bigfoot/Snowblade    | <input type="checkbox"/> Unterricht, Training unter Aufsicht   |
| <input type="checkbox"/> Tourenfahrer im Aufstieg |  | <input type="checkbox"/> Schlitteln/Tubing    | <input type="checkbox"/> Wettkampf                             |
| <input type="checkbox"/> Langlaufen               |  | <input type="checkbox"/> Wandern              | <input type="checkbox"/> Berufliche Tätigkeit (z.B. Skilehrer) |
| <input type="checkbox"/> Schneeschuhlaufen        |  | <input type="checkbox"/> Andere/Nichtsportler |  |

# Unfallprotokoll Rettungsdienst 3/4

Unfallnr. Unternehmung

## Benutzte Schutzartikel

- Helm
  Handgelenkschutz
  Ellbogenschutz  
 Knieschutz
  Rückenschutz
  Hüft-/Beckenschutz  
 Brille (Schneesport-, Korrektur-, Sonnenbrille)

## Verletzungen

Die Angabe von bis zu vier Verletzungen ist möglich. Für jede Verletzung in der entsprechenden Spalte den betroffenen Körperteil, die Körperseite und die Verletzungsart ankreuzen. Bitte mit der schwersten Verletzung beginnen.

### Körperteil

### Verletzungsart

Verletzung				
1	2	3	4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schädel/Hirn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rest des Kopfes, Gesicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hals
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rücken, Wirbelsäule
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bauch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Becken/Genitale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brustkorb
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Innere Organe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberarm
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlüsselbein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterarm/Ellbogen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handgelenk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hand/Finger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüfte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberschenkel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterschenkel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuss-, Sprunggelenk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuss/Zehen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ganzer Körper
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderer, _____

Verletzung				
1	2	3	4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstauchung/Distorsion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zerrung/Riss/Ruptur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bruch/Fraktur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verrenkung/Luxation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quetschung, Prellung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	offene Wunde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-, Kreislaufschwäche/Erschöpfung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterkühlung, örtl. Erfrierung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hirnerschütterung/Commotio cerebri
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atembeschwerden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderer, _____

### Körperseite

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linke Körperseite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechte Körperseite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperseite unbestimmt

### Abtransport

Mehrere Angaben möglich

- Rettungsschlitten
  Pistenfahrzeug  
 Motorschlitten
  Helikopter  
 Seilbahn
  Ambulanz  
 kein Transport
  Anderer

### Maximale Behandlung

- Keine Behandlung
  Behandlung am Platz  
 Überweisung Arztpraxis
  Überweisung Spital

Name des Arztes/Spitals \_\_\_\_\_

Zielort des Transports \_\_\_\_\_

# Unfallprotokoll Rettungsdienst 4/4

Unfallnr. Unternehmung

## Polizeiprotokoll sowie Unfallfoto und -skizze

- Wurde ein Polizeiprotokoll erstellt?  ja  nein  
 Wurde ein Unfallfoto erstellt?  ja  nein  
 Wurde eine Unfallskizze erstellt?  ja  nein

### 1. Zeuge

### 2. Zeuge

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

Land, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Land, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Bemerkungen/Skizze

### Patrouilleur/in

Name: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patrouilleur/in \_\_\_\_\_