

Verunfallte Person

Verletzungsgrad Unverletzt Leicht verletzt Mittelschwer verletzt Schwer verletzt Unfall mit Todesfolge

Name, Geschlecht und Nationalität Helm Handgelenkschutz Ellbogenschutz
Vorname: Name: Knieschutz Rückenschutz Hüft-/Beckenschutz
 Brille (Schneesport-, Korrektur-, Sonnenbrille)

Geschlecht: männlich weiblich

Nationalität:

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

Heimatadresse Helm Handgelenkschutz Ellbogenschutz
Strasse, Nr.: Knieschutz Rückenschutz Hüft-/Beckenschutz
 Brille (Schneesport-, Korrektur-, Sonnenbrille)

PLZ: Wohnort:

Land:

E-mail: Telefon:

Versicherung Haftpflichtversicherung, Name der Versicherung:
 UVG versichert

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

Strasse, Nr.: Wohnort:

PLZ: Telefon:

Sportart zum Zeitpunkt des Unfalls Skifahren/Carving Material gemietet Snowboardfahren Freie/individuelle Tätigkeit
 Telemark Bigfoot/Snowblade Unterricht, Training unter Aufsicht
 Tourenfahrer im Aufstieg Schlitteln/Tubing Wettkampf
 Langlaufen Wandern Berufliche Tätigkeit (z.B. Skilehrer)
 Schneeschuhlaufen Andere/Nichtsportler

Verunfallte Person

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

Verletzungen Helm Handgelenkschutz Ellbogenschutz
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.

Verletzungsart	Körperteil			
	Verletzung 1	Verletzung 2	Verletzung 3	Verletzung 4
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/Elbogen	<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, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verletzungsart

Verletzungsart	Verletzung 1	Verletzung 2	Verletzung 3	Verletzung 4
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, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abtransport Rettungsschiffen Pistenfahrzeug Mehrere Angaben möglich Motorschlitten Helikopter Seilbahn kein Transport Ambulanz Anderer

Maximale Behandlung Keine Behandlung Behandlung am Platz Überweisung Arztpraxis Überweisung Spital

Zielort des Transports

Name des Arztes/Spitals

Körperseite Linke Körperseite Rechte Körperseite Körperseite unbestimmt

Zeugen

Polizeiprotokoll sowie Unfallfoto und -skizze

Wurde ein Polizeiprotokoll erstellt? ja nein

Wurde ein Unfallfoto erstellt? ja nein

Wurde eine Unfallskizze erstellt? ja nein

Adresse 1. Zeuge _____
 Vorname: _____ Name: _____

Wohnort: _____

PLZ: _____

Land: _____

E-mail: _____ Telefon: _____

Adresse 2. Zeuge _____
 Vorname: _____ Name: _____

Wohnort: _____

PLZ: _____

Land: _____

E-mail: _____ Telefon: _____

Bemerkungen/Skizze _____

Ort, Datum _____ Unterschrift Patrouilleur/in _____
 Protokoll erhältlich auf www.bfu.ch/sbs

Unfallprotokoll Rettungsdienst

Unfallnummer

Unfalldatum und -zeit _____

Unfalldatum: _____

Unfallzeit: _____

Unfallort _____

Unfallort (x/y): _____ / _____

Piste Abfahrtsroute Kreuzung, Knotenpunkt

Freies Skigelände Funpark, Boardercross, Halfpipe Fussweg, Wanderweg

Schleplift Strasse

Einstieg, Ausstieg Schlepp-, Sessellift Schlittelweg, -piste

Im Gebäude (z.B. Restaurant, Seilbahnstation) Rennpiste

Anderes _____

Schwierigkeit der Piste: blau rot schwarz geöffnet geschlossen

Bezeichnung Unfallstelle _____
 Name: _____

Alarm- und Rettungszeiten _____

Alarmzeit: _____

Eintreffen Rettungsdienst: _____

Übergabe an medizinischen Dienst: _____

Patrouilleur/in _____
 Vorname: _____ Name: _____

Schneebeschaffenheit an Unfallstelle _____ Wetter _____

Pulver Eis, vereist Schön Leicht bewölkt

Hartschnee Tiefschnee, unpräpariert Stark bewölkt Schneefall

Sulz Apere Stelle Nebel Regen

Nassschnee Andere _____

Kunstschnee _____ Temperatur: _____ °C

Unfallhergang _____ Kollisionsobjekt _____

Selbstunfall ohne Beteiligung Anderer Baum Pistenfahrzeug

Kollision mit Person Stein, Fels Skilift, Seilbahninstallation

Kollision mit Objekt Haus Pistenabspernung, -markierung

Anzahl beteiligte Personen Element Funpark Einrichtungen der Beschneigungsanlage

Bügel, Sessel Anderes _____

*Für zwei oder mehr Personen jeweils ein neues Blatt
 „Verunfallte Person“ ausfüllen und die gleiche
 Unfallnummer eintragen.*