

## Club Deutscher Vielseitigkeitsreiter e.V. – Turnierärztlicher Dokumentationsbogen

Bitte einen Bogen für jede(n) gestürzte(n) Teilnehmer(in) ausfüllen – egal ob verletzt oder unverletzt!

Veranstaltungsort:	Datum:
Reitername und Start-Nr.:	Klasse/Prüfung:
Turnierarzt:	Tel. Nr.:

**Unverletzt**

**Unterschrift:**

**Schädel-Hirn-Trauma**

- Bewußtseinsverlust , wie lange \_\_\_\_\_ Minuten  
 assoziierter Krampfanfall   
 posttraumatische Amnesie  (anterograd , retrograd )  
 GCS oder AVPU: sofort \_\_\_\_\_, nach 5 Min. \_\_\_\_\_, nach 10 Min. \_\_\_\_\_  
 Atemwegsicherung notwendig , Guedeltubus , Wendeltubus , Intubation

**Sonstige Verletzungen**

	Fraktur	Weichteilverletzung
<b>Schädel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mund/Gesicht</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Thorax</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Abdomen</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Becken</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HWS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BWS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LWS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Arm L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bein L <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Infusionen: (Bezeichnung/Menge in mL)	
Medikamente: (Bezeichnung/Dosis)	

**Beurteilung:**

- Keine medizinischen Einwände hinsichtlich einer weiteren Turnierteilnahme .
- Es bestehen medizinische Einwände hinsichtlich einer weiteren Turnierteilnahme .
- Der/Die Teilnehmer(in) wurde für eine Dauer von mindestens \_\_\_\_\_ Tagen  / bis auf weiteres  gesperrt.
- Der/Die Teilnehmerin wurde ins Krankenhaus verbracht
- Transportart: Privat-KFZ , RTW/KTW , NAW , RTH

Klinik: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_