

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