

Guide til at udfylde DMU's skadesblanket

Motocross Klasse: _____	Road & Drag Racing Klasse: _____	Arrangør: _____	
Trial Klasse: _____	Enduro Klasse: _____	Bane: _____	
Speedway Klasse: _____	Powerboat Klasse: _____	Løb: <input type="checkbox"/> Træning: <input type="checkbox"/>	Tids punkt kl.: _____
År/måned/dato: _____		Tids punkt kl.: _____	
Tilskadekomnes: Navn _____	Fødselsdag (dd/mm/Årstal) _____	Licens nr. _____	
Påvirkedes ulykkesforløbet af:	Enulykke: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Flere involveret: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
	Køretøjet: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Banens forløb: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
	Banens underlag: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Andre køreere: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Hvilken kropsdel er skadet?	Uidentificeret: <input type="checkbox"/>	Tænder: <input type="checkbox"/>	Ben: <input type="checkbox"/>
	Arm: <input type="checkbox"/>	Skulder, kraveben: <input type="checkbox"/>	Fod: <input type="checkbox"/>
	Hånd, fingre: <input type="checkbox"/>	Bryst, ribben: <input type="checkbox"/>	Knæ: <input type="checkbox"/>
	Andet: _____	Øvrige knogler: <input type="checkbox"/>	
Sæt kryds		Var den skadede bevidstløs efter uheldet? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Behandling på banen:	Af stævnelæge: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Hvis ja, angiv da hvilken behandling, der blev foretaget: _____	
	Af samarit: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	_____	
Kørt til behandling på Skadestue: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Med tilkaldt ambulance? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Kørt til Skadestue af andre? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Evt. hospitalsindlæggelse: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Ved ikke: <input type="checkbox"/>	
Beskrivelse af uheldet: Hvor på banen (hop eller sving #): _____			
Hvad er der sket: _____			
På bagsiden: Tegn venligst baneforløb med krydser hvor uheldet er indtruffet.			
Dato: _____	_____		
Dommerens / Træningslederens underskrift og licens nr.			
Ved skade sket under træning sendes denne blanket til DMU, Idrættens Hus, 2605 Brøndby			
Ved skade sket under løb (med eller uden offentlig adgang) sendes blanketten, i forhold til den enkelte motorarens procedure			
NB: Felterne nedenfor må KUN udfyldes af DMUs sekretariat:			
E-mail: _____	Tlf. nr.: _____	Adresse: _____	
Post.nr. og by: _____			

Motocross Klasse: _____	Road & Drag Racing Klasse: _____	Arrangør: _____	
Trial Klasse: _____	Enduro Klasse: _____	Bane: _____	
Speedway Klasse: _____	Powerboat Klasse: _____	Løb: <input type="checkbox"/> Træning: <input type="checkbox"/>	Tids punkt kl.: _____
År/måned/dato: _____		Tids punkt kl.: _____	
Tilskadekomnes: Navn _____		Fødselsdag (dd/mm/Årstal) _____	
Licens nr. _____			
Påvirkedes ulykkesforløbet af:		Enulykke: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
		Flere involveret: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
		Køretøjet: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
		Banens forløb: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
		Banens underlag: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
		Andre køreere: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Hvilken kropsdel er skadet?		Uidentificeret: <input type="checkbox"/>	
		Tænder: <input type="checkbox"/>	
		Ben: <input type="checkbox"/>	
		Hoved, nakke: <input type="checkbox"/>	
		Arm: <input type="checkbox"/>	
		Skulder, kraveben: <input type="checkbox"/>	
		Fod: <input type="checkbox"/>	
		Ryg: <input type="checkbox"/>	
		Hånd, fingre: <input type="checkbox"/>	
		Bryst, ribben: <input type="checkbox"/>	
		Knæ: <input type="checkbox"/>	
		Øvrige knogler: <input type="checkbox"/>	
		Andet: _____	
		Var den skadede bevidstløs efter uheldet? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Behandling på banen:		Af stævnelæge: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
		Hvis ja, angiv da hvilken behandling, der blev foretaget: _____	
		Af samarit: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	

Kørt til behandling på Skadestue: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Med tilkaldt ambulance? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Kørt til Skadestue af andre? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Evt. hospitalsindlæggelse: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Ved ikke: <input type="checkbox"/>	
Beskrivelse af uheldet: Hvor på banen (hop eller sving #): _____			
Hvad er der sket: _____			
På bagsiden: Tegn venligst baneforløb med krydser hvor uheldet er indtruffet.			
Dato: _____		_____	
Dommerens / Træningslederens underskrift og licens nr.			
Ved skade sket under træning sendes denne blanket til DMU, Idrættens Hus, 2605 Brøndby			
Ved skade sket under løb (med eller uden offentlig adgang) sendes blanketten, i forhold til den enkelte motorarens procedure			
NB: Felterne nedenfor må KUN udfyldes af DMUs sekretariat:			
E-mail: _____		Tlf. nr.: _____	
Post.nr. og by: _____		Adresse: _____	

Husk altid at udfylde i hvilken sportsgren, klasse samt hvor og hvornår skaden er fundet sted.

Hvis jeres skadesanmeldelser ikke har de ovenstående sportsgrene kan det betyde, at I anvender en forældet blanket.

Motocross Klasse: _____	Road & Drag Racing Klasse: _____	Arrangør: _____	
Trial Klasse: _____	Enduro Klasse: _____	Bane: _____	
Speedway Klasse: _____	Powerboat Klasse: _____	Løb: <input type="checkbox"/> Træning: <input type="checkbox"/>	
		År/måned/dato: _____ Tids punkt kl. _____	
Tilskadekomnes: <u>Navn</u> _____		Fødselsdag (dd/mm/Årstal) _____	Licens nr. _____
Påvirkedes ulykkesforløbet af:	Eneulykke: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Flere involveret: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Køretøjet: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Banens forløb: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Banens underlag: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Andre kørerer: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
Hvilken kropsdel er skadet?	Uidentificeret: <input type="checkbox"/>	Tænder: <input type="checkbox"/>	Ben: <input type="checkbox"/>
	Arm: <input type="checkbox"/>	Skulder, kraveben: <input type="checkbox"/>	Fod: <input type="checkbox"/>
	Hånd, fingre: <input type="checkbox"/>	Bryst, ribben: <input type="checkbox"/>	Knæ: <input type="checkbox"/>
	Andet: _____	Hoved, nakke: <input type="checkbox"/>	
Ryg: <input type="checkbox"/>		Øvrige knogler: <input type="checkbox"/>	
Var den skadede bevidstløs efter uheldet? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>			
Behandling på banen:	Af stævnelæge: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Hvis ja, angiv da hvilken behandling, der blev foretaget: _____ _____
	Af samarit: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
Kørt til behandling på Skadestue: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Med tilkaldt ambulance? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Kørt til Skadestue af andre? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Evt. hospitalsindlæggelse: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Ved ikke: <input type="checkbox"/>	
Beskrivelse af uheldet: Hvor på banen (hop eller sving #): _____ Hvad er der sket: _____			
På bagsiden: Tegn venligst baneforløb med krydser hvor uheldet er indtruffet.			
Dato: _____		_____	
Dommerens / Træningslederens underskrift og licens nr.			
Ved skade sket under træning sendes denne blanket til DMU, Idrættens Hus, 2605 Brøndby Ved skade sket under løb (med eller uden offentlig adgang) sendes blanketten, i forhold til den enkelte motorørens procedure			
NB: Felterne nedenfor må KUN udfyldes af DMUs sekretariat:			
E-mail: _____	Tlf. nr.: _____	Adresse: _____	
Post.nr. og by: _____			

Tilskadekomnes: <u>Navn</u> _____	Fødselsdag (dd/mm/Årstal) _____	Licens nr. _____
---	---	----------------------------

Det er vigtigt at udfylde ALLE tre felter om tilskadekomnes identitet.

Sker der fejl i udfyldningen, kan DMU på den måde i de fleste tilfælde dobbelttjekke disse informationer og finde frem til den rigtige kører.

OBS: Angiv ALDRIG CPR-nummer. I DMU registrerer vi kun den almindelige fødselsdato på medlemmerne i vores system.

Motocross Klasse: _____	Road & Drag Racing Klasse: _____	Arrangør: _____	
Trial Klasse: _____	Enduro Klasse: _____	Bane: _____	
Speedway Klasse: _____	Powerboat Klasse: _____	Løb: <input type="checkbox"/> Træning: <input type="checkbox"/>	
Tilskadekomnes: Navn _____		Fødselsdag (dd/mm/Årstal) _____	Licens nr. _____
Påvirkedes ulykkesforløbet af:	Eneulykke Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Flere involveret Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>
	Køretøjet: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Banens forløb: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>
	Banens underlag: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Andre kørere: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>
Hvilken kropsdel er skadet?	Uidentificeret: <input type="checkbox"/>	Tænder: <input type="checkbox"/>	Ben: <input type="checkbox"/>
	Arm: <input type="checkbox"/>	Skulder, kraveben: <input type="checkbox"/>	Fod: <input type="checkbox"/>
	Hånd, fingre: <input type="checkbox"/>	Bryst, ribben: <input type="checkbox"/>	Knæ: <input type="checkbox"/>
	Andet: _____	Hoved, nakke: <input type="checkbox"/>	
Behandling på banen:	Af stævnelæge: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Hvis ja, angiv da hvilken behandling, der blev foretaget: _____	
	Af samarit: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	_____	
Kørt til behandling på Skadestue: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Med tilkaldt ambulance? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Kørt til Skadestue af andre? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Evt. hospitalsindlæggelse Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Ved ikke: <input type="checkbox"/>	
Beskrivelse af uheldet: Hvor på banen (hop eller sving #): _____ Hvad er der sket: _____			
På bagsiden: Tegn venligst baneforløb med krydser hvor uheldet er indtruffet.			
Dato: _____	_____		
Dommerens / Træningslederens underskrift og licens nr. _____			
Ved skade sket under træning sendes denne blanket til DMU, Idrættens Hus, 2605 Brøndby Ved skade sket under løb (med eller uden offentlig adgang) sendes blanketten, i forhold til den enkelte motorarens procedure			
NB: Felterne nedenfor må KUN udfyldes af DMUs sekretariat:			
E-mail: _____	Tlf. nr.: _____	Adresse: _____	
Post.nr. og by: _____			

Påvirkedes ulykkesforløbet af:	Eneulykke Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Flere involveret Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
	Køretøjet: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Banens forløb: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
	Banens underlag: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Andre kørere: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	

Det er vigtigt at afgive svar i ALLE rubrikker i forbindelse med ulykkesforløbet for at danne et komplet overblik over episoden til forsikringsselskabet.

Derfor skal der aktivt svares "**Nej**" ved omstændigheder, der ikke har bidraget til ulykken.

Ved manglende angivelse anses besvarelsen som "**ved ikke**".

Motocross Klasse: _____	Road & Drag Racing Klasse: _____	Arrangør: _____
Trial Klasse: _____	Enduro Klasse: _____	Bane: _____
Speedway Klasse: _____	Powerboat Klasse: _____	Løb: <input type="checkbox"/> Træning: <input type="checkbox"/> År/måned/dato: _____ Tids punkt Kl.: _____
Tilskadekomnes: Navn _____		Fødselsdag (dd/mm/Årstal) _____ Licens nr. _____
Påvirkedes ulykkesforløbet af:	Enulykke Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Flere involveret Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>
	Køretøjet: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Banens forløb: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>
	Banens underlag: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Andre køreere: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>

Hvilken kropsdel er skadet?	Uidentificeret: <input type="checkbox"/>	Tænder: <input type="checkbox"/>	Ben: <input type="checkbox"/>	Hoved, nakke: <input type="checkbox"/>
	Arm: <input type="checkbox"/>	Skulder, kraveben: <input type="checkbox"/>	Fod: <input type="checkbox"/>	Ryg: <input type="checkbox"/>
	Hånd, fingre: <input type="checkbox"/>	Bryst, ribben: <input type="checkbox"/>	Knæ: <input type="checkbox"/>	Øvrige knogler: <input type="checkbox"/>
	Andet: _____	Var den skadede bevidstløs efter uheldet? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
	Sæt kryds			

Behandling på banen:	Af stævnelæge: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Hvis ja, angiv da hvilken behandling, der blev foretaget: _____ _____
	Af samarit: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Kørt til behandling på Skadestue: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Med tilkaldt ambulance? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Kørt til Skadestue af andre? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Evt. hospitalsindlæggelse Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Ved ikke: <input type="checkbox"/>	

Beskrivelse af uheldet: Hvor på banen (hop eller sving #): _____
Hvad er der sket: _____

På bagsiden: Tegn venligst baneforløb med krydser hvor uheldet er indtruffet.

Dato: _____	_____
Dommerens / Træningslederens underskrift og licens nr. _____	
Ved skade sket under træning sendes denne blanket til DMU, Idrættens Hus, 2605 Brøndby Ved skade sket under løb (med eller uden offentlig adgang) sendes blanketten, i forhold til den enkelte motorarens procedure	
NB: Felterne nedenfor må KUN udfyldes af DMUs sekretariat:	
E-mail: _____	Tlf. nr.: _____ Adresse: _____
Post.nr. og by: _____	

Det anbefales at udlevere et antal blanketter til registrering af uheld, til læge ved opstart af stævnet.

Hvilken kropsdel er skadet?	Uidentificeret: <input type="checkbox"/>	Tænder: <input type="checkbox"/>	Ben: <input type="checkbox"/>	Hoved, nakke: <input type="checkbox"/>
	Arm: <input type="checkbox"/>	Skulder, kraveben: <input type="checkbox"/>	Fod: <input type="checkbox"/>	Ryg: <input type="checkbox"/>
	Hånd, fingre: <input type="checkbox"/>	Bryst, ribben: <input type="checkbox"/>	Knæ: <input type="checkbox"/>	Øvrige knogler: <input type="checkbox"/>
	Andet: _____	Var den skadede bevidstløs efter uheldet? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
	Sæt kryds			

Vær sikker på, at alle påførte skader hos tilskadekomne fremgår efter et uheld som dokumentation til forsikringssselskabet.

Er man i tvivl, så tag kontakt til køreren i dagene efter; blanketten kan sagtens indsendes til DMU et par dage efter ulykken.

Vi ser hellere, at den indsendes korrekt end at den indsendes samme dag som uheldet.

Motocross Klasse: _____	Road & Drag Racing Klasse: _____	Arrangør: _____	
Trial Klasse: _____	Enduro Klasse: _____	Bane: _____	
Speedway Klasse: _____	Powerboat Klasse: _____	Løb: <input type="checkbox"/> Træning: <input type="checkbox"/>	
Tilskadekomnes: Navn _____		Fødselsdag (dd/mm/Årstal) _____	Licens nr. _____
Påvirkedes ulykkesforløbet af:	Eneulykke Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Flere involveret Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>
	Køretøjet: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Banens forløb: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
	Banens underlag: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Andre køre: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>
Hvilken kropsdel er skadet?	Uidentificeret: <input type="checkbox"/>	Tænder: <input type="checkbox"/>	Ben: <input type="checkbox"/>
	Arm: <input type="checkbox"/>	Skulder, kraveben: <input type="checkbox"/>	Fod: <input type="checkbox"/>
	Hånd, fingre: <input type="checkbox"/>	Bryst, ribben: <input type="checkbox"/>	Knæ: <input type="checkbox"/>
	Andet: _____	Øvrige knogler: <input type="checkbox"/>	
Sæt kryds	Var den skadede bevidstløs efter uheldet? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		

Behandling på banen:	Af stævnelæge: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Hvis ja, angiv da hvilken behandling, der blev foretaget: _____
	Af samarit: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Kørt til behandling på Skadestue: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
Kørt til Skadestue af andre? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
Med tilkaldt ambulance? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
Evt. hospitalsindlæggelse Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Ved ikke: <input type="checkbox"/>		

Beskrivelse af uheldet: Hvor på banen (hop eller sving #): _____ Hvad er der sket: _____

På bagsiden: Tegn venligst baneforløb med krydser hvor uheldet er indtruffet.

Dato: _____	_____
Dommerens / Træningslederens underskrift og licens nr. _____	
Ved skade sket under træning sendes denne blanket til DMU, Idrættens Hus, 2605 Brøndby Ved skade sket under løb (med eller uden offentlig adgang) sendes blanketten, i forhold til den enkelte motorørens procedure	
NB: Felterne nedenfor må KUN udfyldes af DMUs sekretariat:	
E-mail: _____	Tlf. nr.: _____
Adresse: _____	_____
Post nr. og By: _____	_____

Det anbefales at udlevere et antal blanketter til registrering af uheld, til læge ved opstart af stævnet.

Behandling på banen:	Af stævnelæge: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Hvis ja, angiv da hvilken behandling, der blev foretaget: _____
	Af samarit: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Kørt til behandling på Skadestue: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
Kørt til Skadestue af andre? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
Med tilkaldt ambulance? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
Evt. hospitalsindlæggelse Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Ved ikke: <input type="checkbox"/>		

Det er vigtigt at angive oplysninger om efterfølgende behandling korrekt som dokumentation til forsikringsselskabet. Ved manglende angivelse i "ja" / "nej" anses besvarelsen som "**ved ikke**".

Det har betydning for udbetaling af erstatning, om køreren har været på hospitalet efterfølgende.

Nogle gange tager køreren eks. selv på hospitalet efter uheldet, hvilket bør angives i blanketten. Tag derfor kontakt til køreren i dagene efter uheldet.

Vi ser hellere, at blanketten indsendes korrekt end at den indsendes samme dag som uheldet.

Motocross Klasse: _____	Road & Drag Racing Klasse: _____	Arrangør: _____	
Trial Klasse: _____	Enduro Klasse: _____	Bane: _____	
Speedway Klasse: _____	Powerboat Klasse: _____	Løb: <input type="checkbox"/> Træning: <input type="checkbox"/>	
Tilskadekomnes: Navn _____		Fødselsdag (dd/mm/Årstal) _____	Licens nr. _____
Påvirkedes ulykkesforløbet af:	Eneulykke: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Flere involveret: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
	Køretøjet: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Banens forløb: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
	Banens underlag: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Andre køreere: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
Hvilken kropsdel er skadet?	Uidentificeret: <input type="checkbox"/>	Tænder: <input type="checkbox"/>	Ben: <input type="checkbox"/>
	Arm: <input type="checkbox"/>	Skulder, kraveben: <input type="checkbox"/>	Fod: <input type="checkbox"/>
	Hånd, fingre: <input type="checkbox"/>	Bryst, ribben: <input type="checkbox"/>	Knæ: <input type="checkbox"/>
	Hoved, nakke: <input type="checkbox"/>		
Andet: _____		Var den skadede bevidstløs efter uheldet? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Behandling på banen:	Af stævnelæge: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	Hvis ja, angiv da hvilken behandling, der blev foretaget: _____	
	Af samarit: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	_____	
Kørt til behandling på Skadestue: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Med tilkaldt ambulance? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Kørt til Skadestue af andre? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Evt. hospitalsindlæggelse Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Ved ikke: <input type="checkbox"/>	

Beskrivelse af uheldet: Hvor på banen (hop eller sving #): _____ Hvad er der sket: _____		
På bagsiden: Tegn venligst baneforløb med krydser hvor uheldet er indtruffet.		
Dato: _____	_____	
Dommerens / Træningslederens underskrift og licens nr.		
Ved skade sket under træning sendes denne blanket til DMU, Idrættens Hus, 2605 Brøndby Ved skade sket under løb (med eller uden offentlig adgang) sendes blanketten, i forhold til den enkelte motorarens procedure		
NB: Felterne nedenfor må KUN udfyldes af DMUs sekretariat:		
E-mail: _____	Tlf. nr.: _____	Adresse: _____
Post nr. og By: _____		

Det anbefales at udlevere et antal blanketter til registrering af uheld, til læge ved opstart af stævnet.

Beskrivelse af uheldet: Hvor på banen (hop eller sving #): _____ Hvad er der sket: _____

På bagsiden: Tegn venligst baneforløb med krydser hvor uheldet er indtruffet.

Dato: _____	_____
Dommerens / Træningslederens underskrift og licens nr.	

Det er vigtigt at beskrive ulykkens forløb, og blanketten **SKAL** underskrives for at virke som gyldig dokumentation til forsikringssselskabet.

Udfyld altid blanketten med dit navn, eget licensnummer og underskrift. Så kan DMU altid tage kontakt til dig ved yderligere spørgsmål.

NB: Det er dommerens/træningslederens ansvar at underskrive blanketten samt sikre, at den er udfyldt med de rette informationer.

Husk at en tegning kan være en stor hjælp til at beskrive ulykken.

Motocross Klasse: _____	Road & Drag Racing Klasse: _____	Arrangør: _____	
Trial Klasse: _____	Enduro Klasse: _____	Bane: _____	
Speedway Klasse: _____	Powerboat Klasse: _____	Løb: <input type="checkbox"/> Træning: <input type="checkbox"/>	
		År/måned/dato: _____	Tids punkt Kl.: _____
Tilskadekomnes: Navn _____		Fødselsdag (dd/mm/Årstal) _____	Licens nr. _____
Påvirkedes ulykkesforløbet af:	Enulykke Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Flere involveret Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
	Køretøjet: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Banens forløb: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
	Banens underlag: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Andre køreere: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
Hvilken kropsdel er skadet?	Uidentificeret: <input type="checkbox"/>	Tænder: <input type="checkbox"/>	Ben: <input type="checkbox"/>
	Arm: <input type="checkbox"/>	Skulder, kraveben: <input type="checkbox"/>	Fod: <input type="checkbox"/>
	Hånd, fingre: <input type="checkbox"/>	Bryst, ribben: <input type="checkbox"/>	Knæ: <input type="checkbox"/>
	Hoved, nakke: <input type="checkbox"/>		
Andet: _____		Var den skadede bevidstløs efter uheldet? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Behandling på banen:	Af stævnelæge: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Hvis ja, angiv da hvilken behandling, der blev foretaget: _____ _____
	Af samarit: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		
Kørt til behandling på Skadestue: Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Med tilkaldt ambulance? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>	
Kørt til Skadestue af andre? Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/>		Evt. hospitalsindlæggelse Ja: <input type="checkbox"/> Nej: <input type="checkbox"/> Ved ikke: <input type="checkbox"/>	

Beskrivelse af uheldet: Hvor på banen (hop eller sving #): _____
Hvad er der sket: _____

På bagsiden: Tegn venligst baneforløb med krydser hvor uheldet er indtruffet.

Dato: _____	_____
Dommerens / Træningslederens underskrift og licens nr. _____	
Ved skade sket under træning sendes denne blanket til DMU, Idrættens Hus, 2605 Brøndby Ved skade sket under løb (med eller uden offentlig adgang) sendes blanketten, i forhold til den enkelte motorarens procedure	

NB: Felterne nedenfor må KUN udfyldes af DMUs sekretariat:

E-mail: _____	Tlf. nr.: _____	Adresse: _____
Post nr. og By: _____	_____	_____

Det anbefales at udlevere et antal blanketter til registrering af uheld, til læge ved opstart af stævnet.

NB: Felterne nedenfor må KUN udfyldes af DMUs sekretariat:

E-mail: _____	Tlf. nr.: _____	Adresse: _____
Post nr. og by: _____	_____	_____

Det anbefales at udlevere et antal blanketter til registrering af uheld, til læge ved opstart af stævnet.

OBS. Fremover er det kun **DMU's sekretariat**, der udfylder kontaktinfo på den tilskadekomne.