|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Motocross** | **Road & Drag Racing** |  | Arrangør:  |
| Klasse:  |  |  | Klasse: |       |  |
|  |  |  |
| Trial | Enduro | Bane: |
| Klasse: |  |  | Klasse: |  |
|  |  |  | **Løb:** **[ ]  Træning:** **[ ]**  |
| Speedway | Powerboat |
| Klasse: |  | Klasse: |  |  |  | År/måned/dato:  | Tids punktKl.:  |
|  |  |
| **Tilskadekomnes: Navn** | **Fødselsdag** **(dd/mm/Årstal)** | **Licens nr.**  |
| **Påvirkedes** **ulykkesforløbet af:** | Eneulykke Ja: [ ]  Nej: [ ]  Flere involveret Ja: [ ]  Nej: [ ]  |
| Køretøjet: | Ja: [ ]  | Nej: [ ]  | Banens forløb:  | Ja: [ ]  | Nej: [ ]  |
| Banens underlag: | Ja: [ ]  | Nej: [ ]  | Andre kørere:  | Ja: [ ]  | Nej: [ ]  |
| Hvilken kropsdel**er skadet?**Sæt kryds | Uidentificeret: [ ]  | Tænder: [ ]  | Ben: [ ]  | Hoved, nakke: [ ]  |
| Arm: [ ]  | Skulder, kraveben: [ ]  | Fod: [ ]  | Ryg: [ ]  |
| Hånd, fingre: [ ]  | Bryst, ribben: [ ]  | Knæ: [ ]  | Øvrige knogler: [ ]  |
| Andet:            | Var den skadede bevidstløs efter uheldet? | Ja: [ ]  | Nej: [ ]  |
| **Behandling****på banen:** | Af stævnelæge: | Ja: [ ]  | Nej: [ ]  | **Hvis ja, angiv da hvilken behandling, der blev foretaget**: |
| Af samarit: | Ja: [ ]  | Nej: [ ]  |
|  |
| Kørt til behandling på Skadestue: | Ja: [ ]  | Nej: [ ]  | Med tilkaldt ambulance? | Ja: [ ]  | Nej: [ ]  |  |
| Kørt til Skadestue af andre? | Ja: [ ]  | Nej: [ ]  | Evt. hospitalsindlæggelse | Ja: [ ]  | Nej: [ ]  | Ved ikke: [ ]  |
|  |
| 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 BrøndbyVed skade sket under løb (med eller uden offentlig adgang) sendes blanketten, i forhold til den enkelte motorgrens 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.*