

Meldung FIS Verletztenstatus

Name _____

Geb. Datum _____

FIS Code _____

Größe (cm) _____

Gewicht (kg) _____

Beginn des Verletztenstatus _____

Ende des Verletztenstatus _____

Informationen zum Unfall

Unfalldatum: _____

Unfallzeit: _____

Unfallort: _____

Land: _____

Unfall ereignete sich bei: Training Schneetraining Wettkampf
 sonstiges

Disziplin: _____

Event: AC-DH AC-SG AC - SL
 carving City Event Abfahrt
 GS PSL PGS
 Slalom Team Event SG
 nicht zutreffend

FIS Codex von Rennen: _____

Verhältnisse

Sicht: gut reduzierte Sicht
 wechselnde Schneevert.: nein ja
 Schneevert.: eisig / rutischig fest / hart weich
 Neuschnee fiel Schlaglöcher

Wind: natürlicher Schnee Kunstschnee Mischung aus beiden
 bewässert eingespritzt gepflegt
 leichter Wind kein Wind viel Wind

Boden: steil mittel flachen
 Buckel Kompression

Länge der Ski: (cm) _____
 Skiradius: (m) _____

Fahrsituation

Fahrsituation: Schwung Schuss Traverese
 Sprung Start Ende

Beschreibung des Unfalles: bei Vorwärtsdrehung rückseitiges verdrehen vor dem Sturz verletzt
 während d. Sturz verletzt Zusammenstoß sonstiges

Auslöser der Verletzung: bei Tor hängen geblieben eingefädelt falsche Freistzung der Bindung
 Fehler im Ski Kompression zurückgelehnte Position während des Sprunges
 Schock durch Pistenunebenheiten Schneehaufen vorm Abrutschen Schluppfang
 konnte den Druck nicht standhalten unkontrolliertes Selbstlenken

Zusätzliche Information: _____

Faktoren

	keinen Einfluss	bisschen Einfluss	großer Einfluss
Sicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schneebedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurssetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwindigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
individueller Skifehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperlicher Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mentaler Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doktor

Titel _____
 Vorname _____
 Nachname _____

Verletzung

Verletzungsseite _____
verletztes Körperteil _____
Verletzungsart _____

Andere persönliche Informationen

Hast du regelmäßige Menstruation ohne hormonelle Verhütungsmittel?

Ja

Nein

Verwendest du hormonelle Verhütungsmittel?

Ja

Nein