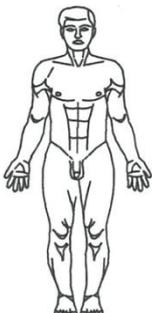
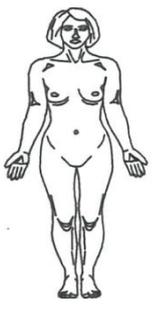
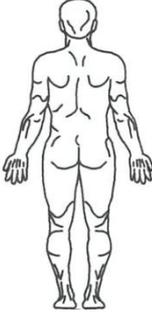
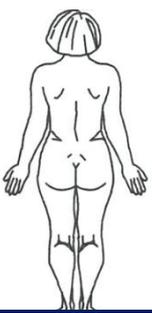


Unfallbericht Badestelle/ Dokumentation 1.-Hilfe-Maßnahmen

Unfallformular	Datum des Unfalles: Uhrzeit des Unfalles:		Lfd. Nr.	
Name der verletzten Person				
Straße				
PLZ/Stadt				
Geburtsdatum oder Alter der verletzten Person				
Ersthelfer/Aufsichtspersonal				
Einstufung der Verletzung	<input type="checkbox"/> Leichter Unfall	<input type="checkbox"/> Schwerer Unfall		<input type="checkbox"/> Tödlicher Unfall
Unfallbereich Badestelle	<input type="checkbox"/> Eingangsbereich	<input type="checkbox"/> Schwimmbereich		
	<input type="checkbox"/> Einstieg Badestelle	<input type="checkbox"/> Sanitäre Anlagen		
	<input type="checkbox"/> Abgrenzung Bojen			
	<input type="checkbox"/> Abgrenzung Leinen			
	<input type="checkbox"/> Liegewiese	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
Ursache des Unfalles	<input type="checkbox"/> Ausrutschen			
	<input type="checkbox"/> Spitzer Untergrund			
	<input type="checkbox"/> Fallen auf Steine			
	<input type="checkbox"/> Kollision mit einer anderen Person			
	<input type="checkbox"/> Kollision mit dem Boden			
	<input type="checkbox"/> Kollision mit einem Gegenstand			
	<input type="checkbox"/> Kreislaufversagen			
	<input type="checkbox"/> Ertrinken			
	<input type="checkbox"/> Verheddert oder Strömung			
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____				
Involvierte Produkte	<input type="checkbox"/> Steine	<input type="checkbox"/> Liegewiese		
	<input type="checkbox"/> Sanitäre Anlagen	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
Art der Verletzung <i>(Bitte die Stelle der Verletzung in der nebenstehenden Personenskizze markieren.)</i>	<input type="checkbox"/> Verstauchung	<input type="checkbox"/> Prellung		
	<input type="checkbox"/> Zerrung	<input type="checkbox"/> Bruch		
	<input type="checkbox"/> Schürfwunde	<input type="checkbox"/> Schnittwunde		
	<input type="checkbox"/> Platzwunde	<input type="checkbox"/> Verbrennung		
	<input type="checkbox"/> Quetschung	<input type="checkbox"/> Kreislauf		
	<input type="checkbox"/> Beule	<input type="checkbox"/> Ertrunken		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____			
Beschreibung der Verletzung, Erstversorgung und 1. Hilfe-Maßnahmen				

Ort des Unfalles <i>(Genau Beschreibung, evtl. Skizze zeichnen)</i>		
Unfallhergang <i>(Genau Beschreibung)</i>		

Eine weitere medizinische Versorgung war nicht erforderlich.

Hiermit bestätige ich, dass mich das Aufsichtspersonal darauf hingewiesen hat, dass eine weitere medizinische Versorgung notwendig ist und ich

- auf eigenen Wunsch/auf eigene Verantwortung hier geblieben bin.
- auf eigenen Wunsch selbst zum Arzt/Krankenhaus fahre.
- einen Unfallwagen in Anspruch nehme.

Verletzter o. Erziehungsberechtigter	Ort, Datum	aufsichtsführende Kraft

Datenschutzerklärung

Die zuvor erhobenen Daten werden lediglich für die versicherungsrelevanten Bearbeitungen verwendet. Eine Weitergabe an unbeteiligte Dritte erfolgt nicht. Die Aufbewahrungsdauer der Unfallberichte erfolgt im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.

Der Verwendung meiner Daten im Rahmen der oben genannten Voraussetzungen stimme ich zu.