

## Dokumentation Medizinische Betreuung Sportveranstaltungen

Veranstaltung:

Veranstalter: Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Sachsen-Anhalt e. V.

Ausrichterverein:

Datum:

Ort:

Folgende Unfälle und Verletzungen sind aufgetreten:

1. Name, Geburtsdatum, Anschrift des Verletzten:

.....  
.....

Unfall: .....

Verletzung: .....

2. Name, Geburtsdatum, Anschrift des Verletzten:

.....  
.....

Unfall: .....

Verletzung:.....

3. Name, Geburtsdatum, Anschrift des Verletzten:

.....  
.....

Unfall: .....

Verletzung:.....

Hiermit bestätigen wir, dass im Rahmen der o. g. Veranstaltung keine Unfälle aufgetreten sind.

Datum: .....

Arzt/DRK: .....