



Seilbahnen Schweiz
Remontées Mécaniques Suisses
Funivie Svizzere
Pendicularas Svizras

➤ Unfallprotokoll Pisten- und Rettungsdienst

seilbahnen.org/unfallprotokoll_de

12.2019

Unfallprotokoll Rettungsdienst (1/5)

Unternehmung _____

*Pflichtfeld

Unfalldatum und Zeiten*

Unfallnummer _____

Datum ____ . ____ . ____

Zeit ____ . ____ h

Alarmzeit ____ . ____ h

Eintreffen Rettungsdienst ____ . ____ h

Übergabe an medizinischen Dienst ____ . ____ h

Unfallort

x-Koordinate* 2 . ____ . ____

y-Koordinate* 1 . ____ . ____

Genauigkeit der Koordinaten*

präzise geschätzt

Koordinaten entsprechen einer SOS-Station

Pisten-Nummer/Sektorabschnitt Bikepark _____

Bezeichnung Unfallort/Flurname _____

Personalien

Geschlecht männlich weiblich

Name* _____

Vorname* _____

Nationalität* _____

Geburtsdatum _____

Alter geschätzt (wenn Geburtsdatum unbekannt) ca. ____ Jahre

Bei minderjährigen Personen: **Gesetzlicher Vertreter**

Name _____

Vorname _____

Heimatadresse

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

Land* _____

E-Mail _____

Telefon/Handy _____

Ferienadresse

Name Unterkunft _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon _____

Unfallprotokoll Rettungsdienst (2/5)

*Pflichtfeld

Verletzungsgrad

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> leicht verletzt | <input type="checkbox"/> Unfall mit Todesfolge | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> mittelschwer verletzt | <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> schwer verletzt | <input type="checkbox"/> Todesfall Krankheit | |

Verletzungen

Die Angabe von **bis zu vier Verletzungen** ist möglich. Für jede Verletzung in der entsprechenden Spalte den betroffenen Körperteil, die Körperseite und die Verletzungsart ankreuzen. Bitte **mit der schwersten Verletzung beginnen**.

Verletztes Körperteil *

- | 1 | 2 | 3 | 4 | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schädel/Hirn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Handgelenk |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rest des Kopfes/Gesicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hand/Finger |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hals | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hüfte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rücken/Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oberschenkel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Knie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Becken/Genitalen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Unterschenkel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Brustkorb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fuss-, Sprunggelenk |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Innere Organe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fuss/Zehen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schulter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ganzer Körper |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oberarm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | andere _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlüsselbein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | unbekannt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Unterarm/Ellbogen | | | | | |

Verletzungsart/Krankheit *

- | 1 | 2 | 3 | 4 | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verstauchung/Distorsion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Unterkühlung/lokale Erfrierung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zerrung/Riss/Ruptur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hirnerschütterung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bruch/Fraktur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atembeschwerden/Asthma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verrenkung/Luxation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krankheit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quetschung/Prellung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | andere _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | offene Wunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | unbekannt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herz-, Kreislaufschwäche/Erschöpfung | | | | | |

Körperseite *

- | 1 | 2 | 3 | 4 | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | linke Körperseite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Körperseite unbestimmt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | rechte Körperseite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | unbekannt |

Unfallprotokoll Rettungsdienst (3/5)

*Pflichtfeld

Abtransport* (mehrere Angaben möglich)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rettungsschlitten | <input type="checkbox"/> Pistenfahrzeug | <input type="checkbox"/> kein Transport |
| <input type="checkbox"/> Motorschlitten | <input type="checkbox"/> Bahn | <input type="checkbox"/> anderer |
| <input type="checkbox"/> Ambulanz | <input type="checkbox"/> PKW | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Helikopter | <input type="checkbox"/> Quad/Geländefahrzeug | |

Maximale Behandlung

- keine Behandlung
- SOS-Station
- Behandlung an der Unfallstelle
- Überweisung Arztpraxis
- Überweisung Spital

Zielort des Transports

Name des Arztes/Spitals

Kosten Rettungseinsatz in CHF

Typ Unfallstelle*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Skipiste
<input type="checkbox"/> blau <input type="checkbox"/> rot <input type="checkbox"/> schwarz | <input type="checkbox"/> Einstieg/Ausstieg Schlepplift, Sessellift | <input type="checkbox"/> Bikepark
<input type="checkbox"/> blau <input type="checkbox"/> rot <input type="checkbox"/> schwarz |
| <input type="checkbox"/> Snowpark/Cross/Halfpipe | <input type="checkbox"/> im Gebäude
(z. B. Restaurant, Seilbahnstation) | <input type="checkbox"/> Mountainbike-Piste
<input type="checkbox"/> blau <input type="checkbox"/> rot <input type="checkbox"/> schwarz |
| <input type="checkbox"/> Abfahrt (gelb markiert) | <input type="checkbox"/> Strasse (inkl. Naturstrasse) | <input type="checkbox"/> Mountaintrestrecke |
| <input type="checkbox"/> Renn-, Trainingspiste | <input type="checkbox"/> Parkplatz | <input type="checkbox"/> Klettersteig |
| <input type="checkbox"/> Schlittelweg, -park | <input type="checkbox"/> Fussweg/Wanderweg | <input type="checkbox"/> Sonderanlage Sommer |
| <input type="checkbox"/> freies Gelände | <input type="checkbox"/> Trottinettstrecke | <input type="checkbox"/> anderes |
| <input type="checkbox"/> Schlepplift | <input type="checkbox"/> Rodelbahn (Sommer) | <input type="checkbox"/> unbekannt |

Weitere Angaben Unfallstelle*

- geöffnet geschlossen Kreuzung/Knotenpunkt ja nein

Sportart zum Zeitpunkt des Unfalls*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Skifahren | <input type="checkbox"/> Langlaufen | <input type="checkbox"/> Sommerrodeln |
| <input type="checkbox"/> Snowboardfahren | <input type="checkbox"/> Wandern | <input type="checkbox"/> Mountaintrestfahren |
| <input type="checkbox"/> Telemarkfahren | <input type="checkbox"/> Schneeschuhlaufen | <input type="checkbox"/> Klettersteiggehen |
| <input type="checkbox"/> Bigfoot-, Snowbladefahren | <input type="checkbox"/> Mountainbiken | <input type="checkbox"/> andere _____ |
| <input type="checkbox"/> Tourengehen im Aufstieg | <input type="checkbox"/> E-Mountainbiken | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Schlitteln/Tubing | <input type="checkbox"/> Trottinettfahren | |

Ist das Material gemietet? ja nein

Tätigkeit

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> frei/individuelle Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Wettkampf | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Unterricht/Training unter Aufsicht | <input type="checkbox"/> berufliche Tätigkeit (z. B. Skilehrer) | |

Unfallprotokoll Rettungsdienst (4/5)

*Pflichtfeld

Benutzte Schutzartikel* (mehrere Angaben möglich)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Helm | <input type="checkbox"/> Handgelenkschutz | <input type="checkbox"/> Knieschutz |
| <input type="checkbox"/> Brille
(Sport-, Korrektur-, Sonnenbrille) | <input type="checkbox"/> Schutzhandschuhe (Sommer) | <input type="checkbox"/> Schienbeinschutz |
| <input type="checkbox"/> Nackenschutz | <input type="checkbox"/> Ellbogenschutz | <input type="checkbox"/> keine |
| <input type="checkbox"/> Rückenschutz | <input type="checkbox"/> Hüft-, Beckenschutz | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Brustschutz | | |

Unfallhergang*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sturz, Selbstunfall ohne Beteiligung Anderer, <u>ohne</u> Sprung | <input type="checkbox"/> Absturz |
| <input type="checkbox"/> Sturz, Selbstunfall ohne Beteiligung Anderer, <u>nach</u> Sprung | <input type="checkbox"/> anderer _____ |
| <input type="checkbox"/> Kollision mit Person | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Kollision mit Objekt | |
- Anzahl beteiligte Personen _____

Kollisionsobjekt

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baum | <input type="checkbox"/> Motorfahrzeug | <input type="checkbox"/> Einrichtungen der
Beschneigungsanlage |
| <input type="checkbox"/> Stein/Fels | <input type="checkbox"/> Pistenfahrzeug | <input type="checkbox"/> Element Bikepark, -piste |
| <input type="checkbox"/> Gebäude | <input type="checkbox"/> Schlepplift/Seilbahninstallation | <input type="checkbox"/> anderes _____ |
| <input type="checkbox"/> Element Snowpark | <input type="checkbox"/> Pistenabspernung, -markierung | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Bügel/Sessel | | |

Bedingungen an der Unfallstelle

Winter

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pulver | <input type="checkbox"/> Technischer Schnee | <input type="checkbox"/> apere Stelle |
| <input type="checkbox"/> Hartschnee | <input type="checkbox"/> Eis/vereist | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Sulz/Nassschnee | <input type="checkbox"/> nicht präpariert | <input type="checkbox"/> unbekannt |

Sommer

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> trocken | <input type="checkbox"/> feucht | <input type="checkbox"/> nass |
| <input type="checkbox"/> andere | <input type="checkbox"/> unbekannt | |

Wetter

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schön | <input type="checkbox"/> Schneefall | <input type="checkbox"/> Regen |
| <input type="checkbox"/> leicht bewölkt | <input type="checkbox"/> Nebel | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> stark bewölkt | | |

Temperatur _____ °C

Unfallprotokoll Rettungsdienst (5/5)

*Pflichtfeld

Polizeiprotokoll sowie Unfallfoto und -skizze

Wurde die Polizei informiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde ein Polizeiprotokoll erstellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde ein Unfallfoto erstellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde eine Unfallskizze erstellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

An Kollision beteiligte Person

Geschlecht männlich weiblich

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Wohnort

Land

Telefon/Handy

Geburtsdatum

Auskunftsperson

Geschlecht männlich weiblich

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Wohnort

Land

Telefon/Handy

Geburtsdatum

Bemerkungen/Skizze

Patrouilleur/in *

Name

Vorname

Ort, Datum
