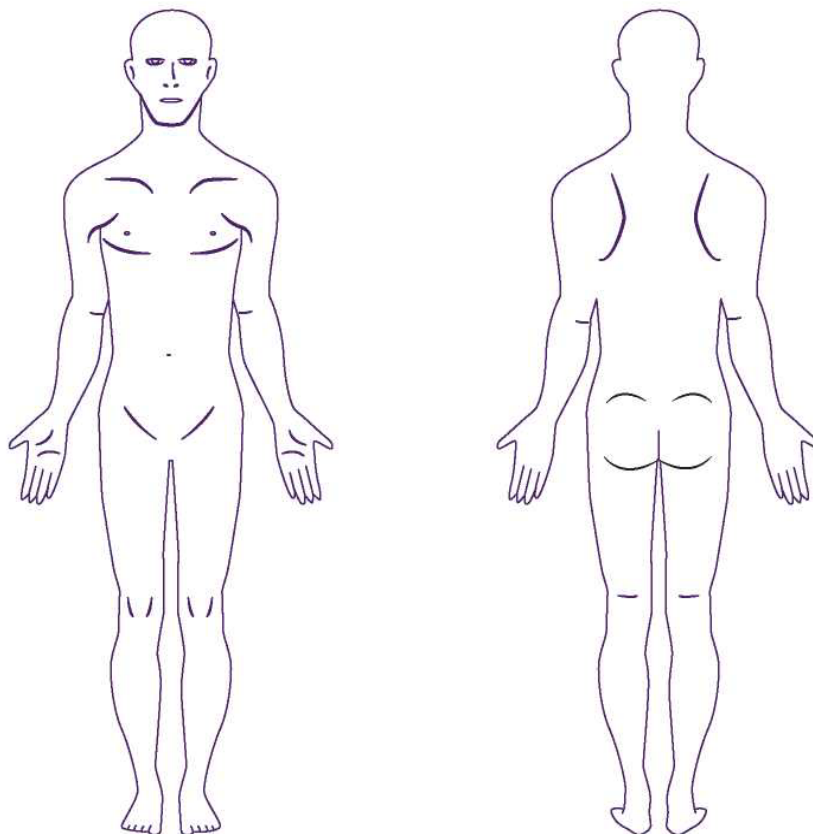


Формуляр за наранявания

Лични данни на нараненото лице

Име:	Фамилия:
Наранено лице?	<input type="checkbox"/> Състезател <input type="checkbox"/> Длъжностно лице
Дата на нараняването:	Време:
Къде се е случило нараняването?	<input type="checkbox"/> състезателния <input type="checkbox"/> загоряващ плац <input type="checkbox"/> тренировъчен <input type="checkbox"/> Друго, моля посочете
Лицето възседнало ли беше?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Описание на нараняването:	
Оказана медицинска помощ	<input type="checkbox"/> на място <input type="checkbox"/> изпратен в болница
Предполагаеми наранявания	<input type="checkbox"/> Сътресение <input type="checkbox"/> Определяне софициален протокол. <input type="checkbox"/> Гръбначно нараняване <input type="checkbox"/> Фрактура <input type="checkbox"/> Дислокация / изкълчване Друго, моля пояснете:
Фатално ли беше нараняването?	<input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да

Местоположение на нараняването (нараняванията)



За състезатели по прескачане на препятствия

В състояние ли е състезателят да продължи участието си в състезанието?

Да

Не

Не е приложимо

Информация за медицинско лице/ парамедик

Име	Фамилия
Квалификация:	Телефонен номер:
Допълнителна информация	

Подпис: