



Unfallmeldung mit Hospitalisierung

02-01d-a

Gültig ab: August 2018

Genehmigt durch den Vorstand von Swiss Skydive

Seite 1 von 3

Umgehend an reporting@swisskydive.org einsenden, danke.

Datum: _____

Zeit: _____

Ort: _____

Schule/Betrieb: _____

Windrichtung: _____ Windstärke: _____ m/sec (laminar / turbulent)

Bewölkung / Meteo allgemein: _____

Art des Vorkommnisses: (mehrere Auswahl möglich)

Reserve Öffnung

AAD (Cypres) Save

Tandem

Verletzung

Unfall mit Todesfolge

Schulung

Freifall Kollision

Schirm Kollision

Landeunfall

Betroffenen Bezeichnung: (mehrere Auswahl möglich)

Lizenziertes CH-Springer

Lizenziertes ausländischer Springer

Erstabspringer AFF

Erstabspringer Reissleine

Schüler

Tandem Jumpmaster

Tandem -Passagier

Instruktor

Tandem Instruktor

SPHAIR

Betroffener:

Nr. 1

Nr. 2

Name: _____

Name: _____

Vorname: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

PLZ/Ort: _____

e-mail: _____

e-mail: _____

Tel. P: _____

Tel. P: _____

Tel. G: _____

Tel. G: _____

Geb.-Tag: _____

Geb.-Tag: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geschlecht: weiblich männlich

Lizenznummer / Typ: _____

Lizenznummer / Typ: _____

Anzahl Sprünge: total: _____

Anzahl Sprünge: total: _____

Sprünge in den letzten 12 Monaten: _____

Sprünge in den letzten 12 Monaten: _____

Jahre im Fallschirmsport: _____

Jahre im Fallschirmsport: _____

Hauptschirm; _____

Hauptschirm; _____

Anzahl Sprünge auf diesem Schirm: _____

Anzahl Sprünge auf diesem Schirm: _____

Anzahl Sprünge auf diesem Gurtzeugtyp _____

Anzahl Sprünge auf diesem Gurtzeugtyp _____

Reserve: _____

Gurtzeug: _____

AAD: nein ja Modell: _____

RSL: nein ja: Modell: _____

Kopfschutz: nein ja Art: _____

Verletzung(en): _____

Spitalbehandlung: ja (ambulant stationär)

Reserve: _____

Gurtzeug: _____

AAD: nein ja Modell: _____

RSL: nein ja: Modell: _____

Kopfschutz: nein ja Art: _____

Verletzung(en): _____

Spitalbehandlung: ja (ambulant stationär)

Sprungauftrag: _____

Ausführung: _____

Beobachter/Zeugen: ja (Personalien angeben!) nein

Nr. 1

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr: _____

PLZ/Ort: _____

e-mail: _____

Tel. P: _____

Tel. G: _____

Tel. Mobil: _____

Geb.-Tag: _____

Nr. 2

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr: _____

PLZ/Ort: _____

e-mail: _____

Tel. P: _____

Tel. G: _____

Tel. Mobil: _____

Geb.-Tag: _____

Beschreibung des Herganges durch die Zeugen:

Untersuchung durch Unfallkommission von Swiss Skydive / des AeCS: ja nein

Verantwortlicher: _____

Kontaktadresse: _____

Untersuchung durch Polizei: ja nein

Verantwortlicher: _____

Kontaktadresse: _____

Personalien des Berichterstatters: wie Betroffener Nr.1

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr: _____

PLZ/Ort: _____

e-mail: _____

Tel. P: _____

Tel. G: _____

Geb.-Tag: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____