

BAYERISCHER-AMATEUR-BOX-VERBAND e.V.

ERHEBUNGSBOGEN

Gesamtzahl
der Kämpfe:.....

Veranstaltung.....

am:.....in:.....

(Vom Supervisor auszufüllen)

Fehlanzeige

Verletzter: (Name des Verletzten).....

Schüler Kadett Junior Jugend Männer Frauen

Gewichtsklasse:

Pap	HFl	Fl	Ba	Fe	Le	HW	We	HM	M	HS	S	SS	SS+
-----	-----	----	----	----	----	----	----	----	---	----	---	----	-----

Anfänger Fortgeschrittener Kampfanzahl

Runde	1	2	3	4	5	6
-------	---	---	---	---	---	---

(Vom Ringarzt auszufüllen)

Verletzungsart: Kopf Körper

Platzwunde:	Stirn	<input type="checkbox"/>	Nase	<input type="checkbox"/>
	Ohr	<input type="checkbox"/>	Augenbraue	<input type="checkbox"/>
	Lippe	<input type="checkbox"/>	Kinn	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:.....

Verdacht auf Distorsion: Hand
Arm

Verdacht auf Kontusion:

Sonstiges:.....

Verdacht auf Fraktur: Arm Hand
Kiefer Jochbein
Nasenbein

Sonstiges:.....

Commotio

Stationäre Abklärung erforderlich Nein: Ja:

Unterschrift Supervisor

Unterschrift Arzt