



MEDICINSKI KARTON

Datum: _____ Vrijeme: _____

Ime (Ime oca) Prezime: _____

Datum rođenja: _____ Spol: Žensko Muško

Telefon: _____ Grad / Država: _____

Vrsta povrede:

GLAVA VRAT DESNA RUKA LIJEVA RUKA

DESNA NOGA LIJEVA NOGA KIČMA TRUP

Opis povrede: _____

Mjesto nesreće: Staza br.1 (Olimpijski spust) Staza br.2 (Slalom)

Staza br. 3 (Donja Koljevka) Staza br. 3 (Gornja Koljevka)

Staza br. 4 – Gornja Staza br. 4 – Donja Staza br. 5 Tehnički put

Mjesto nesreće opis: _____

Transport: AKI čamac Motorne sanke

Napomena:

KARTON POPUNIO:



MEDICINSKI KARTON

Datum: _____ Vrijeme: _____

Ime (Ime oca) Prezime: _____

Datum rođenja: _____ Spol: Žensko Muško

Telefon: _____ Grad / Država: _____

Vrsta povrede:

GLAVA VRAT DESNA RUKA LIJEVA RUKA

DESNA NOGA LIJEVA NOGA KIČMA TRUP

Opis povrede: _____

Mjesto nesreće: Staza br.1 (Olimpijski spust) Staza br.2 (Slalom)

Staza br. 3 (Donja Koljevka) Staza br. 3 (Gornja Koljevka)

Staza br. 4 – Gornja Staza br. 4 – Donja Staza br. 5 Tehnički put

Mjesto nesreće opis: _____

Transport: AKI čamac Motorne sanke

Napomena:

KARTON POPUNIO: