

Westfälischer Amateur Box Verband

Cranger Str. 216- 45891 Gelsenkirchen- Tel.: 0209 88 00 25 36

K.O. - Meldung

Kämpfer/-in (Vor- und Zuname):

vom Verein:

erhielt bei der Veranstaltung des:

am / in :

einen meldepflichtigen K.O. durch:

Die sofortige ärztliche Untersuchung
erfolgte durch Dr. med.:

und ergab:

a) bei Körpertreffer *:

.....
und die Feststellung, dass eine Schutzsperre
gemäß § 40, 5 WB nicht als erforderlich erachtet wird

b) bei Kopftreffer *:

.....

Der Kämpfer/die Kämpferin wurde
nach Hause geleitet von:

Letzter K.O. mit Schutzsperre
nach § 40, 2 WB erfolgte am:

Vorletzter K.O. mit Schutzsperre
nach § 40, 2 WB erfolgte am:

_____, den _____

(Unterschrift des Ringrichters)

(Unterschrift des Ringarztes)

* Nichtzutreffendes bitte streichen