

Ongevallen Registratieformulier

Algemene gegevens

Naam persoon:		<input type="checkbox"/> Jongen/ Man	<input type="checkbox"/> Meisje/ Vrouw
Datum ongeval:			
Naam ouder/verzorger:			
Telefoonnummer:			

1. Waren er nog andere personen bij het ongeval betrokken?

Nee

Ja, namelijk: _____

2. Waar vond het ongeval plaats?

Op de attractie Naast de attractie Anders, namelijk: _____

3. Hoe ontstond het letsel?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ergens vanaf gevallen | <input type="checkbox"/> Gesneden of geprikt | <input type="checkbox"/> Vergiftiging |
| <input type="checkbox"/> Gestruikeld/uitgegleden/verstapt | <input type="checkbox"/> Ergens aan verbrand | <input type="checkbox"/> Bekneld geraakt |
| <input type="checkbox"/> Ergens tegenaan gestoten of gebotst | <input type="checkbox"/> Ergens door geraakt | <input type="checkbox"/> Onderling contact (stoeien/slaan) |
| <input type="checkbox"/> (Bijna) verdrinking | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ | |

4. Beschrijf de omstandigheden en het ongeval in eigen woorden:

5. Wat voor letsel heeft de persoon opgelopen?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brandwond | <input type="checkbox"/> Open wond | <input type="checkbox"/> Ontwrichting (bv schouder uit de kom) |
| <input type="checkbox"/> Kneuzing / bloeduitstorting | <input type="checkbox"/> Verstuiking | <input type="checkbox"/> Verzwikking |
| <input type="checkbox"/> Botbreuk | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ | |

6. Aan welk lichaamsdeel heeft de persoon het letsel opgelopen?

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoofd | <input type="checkbox"/> Nek / Hals / Rug | <input type="checkbox"/> Been / Heup |
| <input type="checkbox"/> Voet / enkel | <input type="checkbox"/> Hand / pols | <input type="checkbox"/> Borst / Buik |
| <input type="checkbox"/> Arm / Schouder / Sleutelbeen | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ | |

7. Is de persoon naar aanleiding van het ongeval behandeld?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, EHBO of rode kruis |
| <input type="checkbox"/> Ja, huisarts | <input type="checkbox"/> Ja, opgenomen in ziekenhuis te _____ |
| <input type="checkbox"/> Ja, spoedeisende hulp ziekenhuis | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ |

8. Hoe kan het ongeval in de toekomst worden voorkomen?

9. Zijn er maatregelen genomen naar aanleiding van het ongeval?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Nee, er zijn nog geen maatregelen getroffen |
| <input type="checkbox"/> Nee, er is besloten geen maatregelen te treffen |
| <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: _____ |
-
-