



Ongevallen registratieformulier

		Volgnummer formulier:		
Datum ongeval:				
Datum registratie:				
Ingevuld door:				
Adres: Bij 't Station 12 Dokkum				
1. Welk kind was bij het ongeval betrokken?				
Naam:		Leeftijd kind:		
Jongens/meisie				
2. Waren er andere personen bij het ongeval betrokken?				
<input type="checkbox"/> Nee				
<input type="checkbox"/> Ja, nl:				
3. Waar vond het ongeval plaats?				
<input type="checkbox"/> Speelgelegenheid/ buiten	<input type="checkbox"/> Keuken			
<input type="checkbox"/> Entree/ Garderobe	<input type="checkbox"/> Berging/ wasruimte			
<input type="checkbox"/> Trap	<input type="checkbox"/> Toilet			
<input type="checkbox"/> Kelder	<input type="checkbox"/> Badkamer			
<input type="checkbox"/> Slaapkamer	<input type="checkbox"/> Opkamer			
<input type="checkbox"/> Woonkamer	<input type="checkbox"/> Anders:			
4. Hoe ontstond het letsel?				
<input type="checkbox"/> Ergens van af gevallen	<input type="checkbox"/> Gesneden of geprikt			
<input type="checkbox"/> Gestruikeld/ uitgegleden/ verstapt	<input type="checkbox"/> Ergens aan gebrand			
<input type="checkbox"/> Ergens tegenaan gestoten of gebotst	<input type="checkbox"/> Vergiftiging			
<input type="checkbox"/> Onderling contact: Stoeien/ bijten/ slaan	<input type="checkbox"/> (Bijna)verdrinking			
<input type="checkbox"/> Ergens door geraakt	<input type="checkbox"/> Andere wijze:			
<input type="checkbox"/> Bekneld geraakt				
5. Waar was het kind mee bezig?				
6. Beschrijf het ongeval in eigen woorden				
7. Wat voor letsel heeft het kind opgelopen?				
<input type="checkbox"/> Botbreuk	<input type="checkbox"/> Verstuiking/ verzwikking			
<input type="checkbox"/> Open wond	<input type="checkbox"/> Ontwrichting (bv schouder uit de kom)			
<input type="checkbox"/> Schaafwond	<input type="checkbox"/> Anders:			
<input type="checkbox"/> Kneuzing/ bloeditstorting				
8. Wat is het lichaamsdeel waaraan het kind letsel heeft opgelopen?				
<input type="checkbox"/> Hoofd	<input type="checkbox"/> Romp (incl. rug)			
<input type="checkbox"/> Nek	<input type="checkbox"/> Been (incl. heup)			
<input type="checkbox"/> Arm (incl. schouders, sleutelbeen)	<input type="checkbox"/> Ander:			
9. Is het kind naar aanleiding van het ongeval behandeld?				
<input type="checkbox"/> Nee				
<input type="checkbox"/> Ja, door:		<input type="checkbox"/> Gastouder zelf		
		<input type="checkbox"/> Huisarts		
		<input type="checkbox"/> Spoedeisende Hulpziekenhuis		
		<input type="checkbox"/> Opgenomen in ziekenhuis		
		<input type="checkbox"/> Anders:		
10. Hoe kan het ongeval in de toekomst voorkomen worden?				