

Ongevallen registratieformulier

		Volgnummer formulier:	
Datum ongeval:			
Datum registratie:			
Naam gastouder:			
Ingevuld door:			
Adres waar ongeval plaatsvond:			
1. Welk kind was bij het ongeval betrokken?			
Naam:			
Leeftijd:			
Jongen/meisje*		*(doorhalen wat niet van toepassing is)	
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"/> Entree/garderobe <input type="checkbox"/> Trap <input type="checkbox"/> Kelder <input type="checkbox"/> Slaapkamer <input type="checkbox"/> Woonkamer		<input type="checkbox"/> Keuken <input type="checkbox"/> Berging/wasruimte <input type="checkbox"/> Toilet <input type="checkbox"/> Badkamer <input type="checkbox"/> Zolder <input type="checkbox"/> Anders:	
4. Hoe ontstond het letsel?			
<input type="checkbox"/> Ergens van af gevallen <input type="checkbox"/> Gestruikeld/uitgegleden/verstapt <input type="checkbox"/> Ergens tegenaan gestoten of gebotst <input type="checkbox"/> Onderling contact: stoeien/bijten/slaan <input type="checkbox"/> Ergens door geraakt <input type="checkbox"/> Bekneld geraakt		<input type="checkbox"/> Gesneden of geprikt <input type="checkbox"/> Ergens aan gebrand <input type="checkbox"/> Vergiftiging <input type="checkbox"/> (Bijna)verdrinking <input type="checkbox"/> Anders:	
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"/> Open wond <input type="checkbox"/> Schaafwond <input type="checkbox"/> Kneuzing/bloeduitstorting		<input type="checkbox"/> Verstuiking/verzwikking <input type="checkbox"/> Ontwrichting (bijvoorbeeld schouder uit de kom) <input type="checkbox"/> Anders:	
8. Wat is het lichaamsdeel waaraan het kind letsel heeft opgelopen?			
<input type="checkbox"/> Hoofd <input type="checkbox"/> Nek <input type="checkbox"/> Arm (incl. schouder, sleutelbeen)		<input type="checkbox"/> Romp (incl. rug) <input type="checkbox"/> Been (incl. heup) <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 hulp ziekenhuis <input type="checkbox"/> Opgenomen in ziekenhuis <input type="checkbox"/> Anders:	
10. Hoe kan het ongeval in de toekomst voorkomen worden?			