

ONGEVALLEN REGISTRATIEFORMULIER

Locatie van het (bijna) ongeval:	
Datum en tijdstip:	
Getroffene is:	<input type="checkbox"/> Medewerker <input type="checkbox"/> Bezoeker <input type="checkbox"/> Cliënt <input type="checkbox"/> Anders, nl:
Gegevens getroffene:	Naam: Functie: Telefoonnummer: E-mailadres:
Soort incident:	<input type="checkbox"/> Letsel <input type="checkbox"/> Brand <input type="checkbox"/> Explosie <input type="checkbox"/> Incident gevaarlijke stoffen <input type="checkbox"/> Anders, nl:
Is er letsel:	<input type="checkbox"/> Ja (Zo ja, omschrijf het letsel in onderstaand vak) <input type="checkbox"/> Nee
Wie is er gewaarschuwd?	<input type="checkbox"/> Centraal punt / receptionist <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> BHV'er <input type="checkbox"/> EHBO'er <input type="checkbox"/> Anders, nl:
De uiteindelijke eerste hulp is verleend door:	<input type="checkbox"/> BHV'er <input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> EHBO'er <input type="checkbox"/> Ziekenhuis <input type="checkbox"/> 112 / professionele hulpverlener <input type="checkbox"/> N.v.t.
Is het ontruimingssignaal gegeven?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t.
Omschrijf kort de toedracht van het ongeval en bijzonderheden (ook de betrokken personen, arbeidsmiddelen en stoffen vermelden): <i>Voor een uitgebreide toelichting, zie pagina 2.</i>	
Zijn er direct maatregelen genomen om in de toekomst dit soort incidenten te voorkomen:	<input type="checkbox"/> Ja (Zo ja, omschrijf welke maatregelen er getroffen zijn of genomen kunnen worden in onderstaand vak) <input type="checkbox"/> Nee
Ingevuld op datum: Ingevuld door: Functie bij incident:	Handtekening:

