

Ongevallen registratieformulier

Datum ongeval:			
Datum registratie:			
Naam gastouder:			
Ingevuld door:			
Volgnummer formulier:			
Woning gastouder / vraagouder:			
1. Welk kind was bij het ongeval betrokken?			
Naam:		Leeftijd kind:	
Jongen/meisje			
2. Waren er andere personen bij het ongeval betrokken?			
<input type="radio"/> Nee			
<input type="radio"/> Ja, nl:			
3. Waar vond het ongeval plaats?			
<input type="radio"/> Speelgelegenheid / buiten <input type="radio"/> Entree / Garderobe / gang <input type="radio"/> Trap <input type="radio"/> Kelder <input type="radio"/> Slaapkamer <input type="radio"/> Woonkamer		<input type="radio"/> Keuken <input type="radio"/> Berging / wasruimte <input type="radio"/> Toilet <input type="radio"/> Badkamer <input type="radio"/> Opkamer <input type="radio"/> Anders:	
4. Hoe ontstond het letsel?			
<input type="radio"/> Ergens van af gevallen <input type="radio"/> Gestruikeld / uitgegleden / verstapt <input type="radio"/> Ergens tegenaan gestoten of gebotst <input type="radio"/> Onderling contact: Stoeien / bijten / slaan <input type="radio"/> Ergens door geraakt <input type="radio"/> Bekneld geraakt		<input type="radio"/> Gesneden of geprikt <input type="radio"/> Ergens aan gebrand <input type="radio"/> Vergiftiging <input type="radio"/> (Bijna)verdrinking <input type="radio"/> Andere wijze:	
5. Waar was het kind mee bezig?			
6. Beschrijf het ongeval in eigen woorden			
7. Wat voor letsel heeft het kind opgelopen?			
<input type="radio"/> Botbreuk <input type="radio"/> Open wond <input type="radio"/> Schaafwond <input type="radio"/> Kneuzing / bloeduitstorting		<input type="radio"/> Verstuiking / verzwikking <input type="radio"/> Ontwrichting (bv schouder uit de kom) <input type="radio"/> Anders:	
8. Wat is het lichaamsdeel waaraan het kind letsel heeft opgelopen?			
<input type="radio"/> Hoofd <input type="radio"/> Nek <input type="radio"/> Arm (incl. schouders, sleutelbeen)		<input type="radio"/> Romp (incl. rug) <input type="radio"/> Been (incl. heup) <input type="radio"/> Anders:	
9. Is het kind naar aanleiding van het ongeval behandeld?			
<input type="radio"/> Nee			
<input type="radio"/> Ja, door:		<input type="radio"/> Gastouder zelf <input type="radio"/> Huisarts <input type="radio"/> Spoedeisende Hulp ziekenhuis <input type="radio"/> Opgenomen in ziekenhuis <input type="radio"/> Anders:	
10. Hoe kan het ongeval in de toekomst voorkomen worden?			