



## Ongevallenregistratie

<b>1. Dit rapport betreft: *</b>			
<input type="checkbox"/> Persoonlijk letsel:	<input type="checkbox"/> met verzuim	of	<input type="checkbox"/> zonder verzuim
<input type="checkbox"/> Gevaarlijk gebeurtenis			<input type="checkbox"/> Gevaarlijke situatie
<input type="checkbox"/> Calamiteit:	<input type="checkbox"/> Brand	of	<input type="checkbox"/> Explosie of <input type="checkbox"/> Lekkage
<b>2. Tijd en locatie van de gebeurtenis:</b>			
Datum:		Tijd:	
Projectnaam:		Projectnummer:	
Adres:		Plaats:	
Opdrachtgever:		Contactpersoon:	
Telefoon contactpersoon:		Uitvoerder:	
<b>3. Persoonlijke gegevens betrokkene / slachtoffer:</b>			
Naam:		Geslacht:	
Adres:		Geboortedatum:	
Woonplaats:		Geboorteplaats:	
Telefoonnummer:		In dienst van:	
Functie:		Dagdienst / Ploegendienst / Overwerk	
<b>4. Getuigen:</b>			
Naam:	Telefoonnummer:	Functie:	
<b>5. Zijn er meerdere getroffene / slachtoffers bij deze gebeurtenis? *</b> (voor elke getroffene / slachtoffer een formulier invullen s.v.p.)			
<input type="checkbox"/> ja, namelijk .....		<input type="checkbox"/> nee	

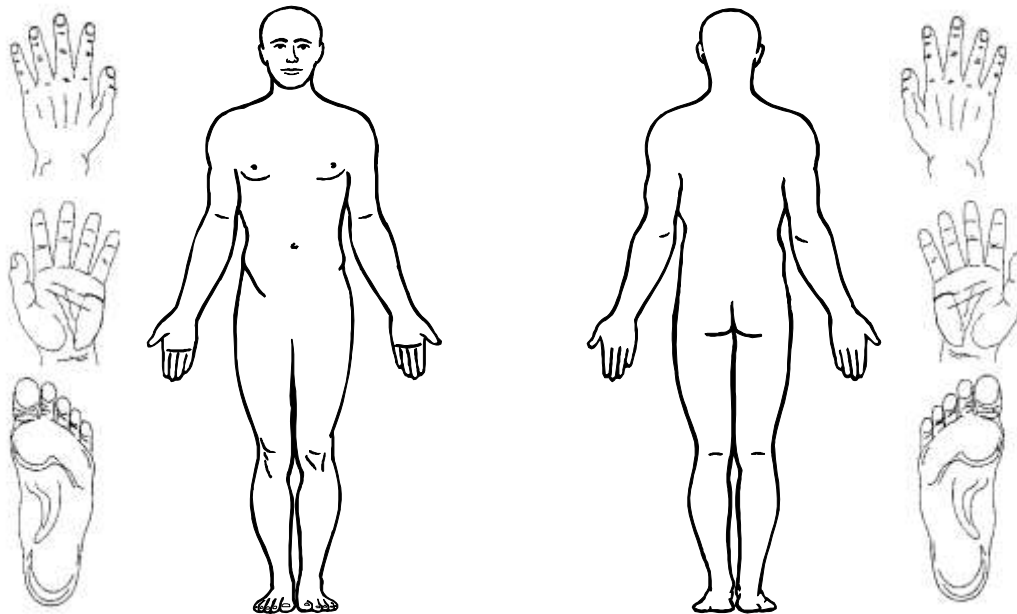


6. Getroffene is behandeld door:			
	Waar?	Contactpersoon:	Telefoonnummer:
Eerste hulp			
Arts			
B.G.D.			
Ziekenhuis			
Vervoer:	<input type="checkbox"/> Eigen vervoer	<input type="checkbox"/> Ambulance	

**7. Verzuimclassificatie: \***

- 0 dagen                       1 – 7 dagen                       8 – 42 dagen                       43 – 365 dagen  
 blijvend letsel                       dodelijk

**8. Geef de aard en de plaats van het letsel aan. \***



- Wond  
 Snijwond  
 Schaafwond  
 Steekwond  
 Stootwond  
 Doordringende wond

- Brandwond  
 Eerste graads  
 Tweede graads  
 Derde graads

- Botbreuk  
 Gesloten  
 Open

Storing vitale functies

- Bewustzijnsverlies                       Ademhaling  
 Verminderd bewustzijn                       Hartfunctie  
 Bewusteloos                       Shock  
 Diep bewusteloos

Overige

- Verstuiking / verrekking                       Elektriciteit  
 Kneuzing                       Onderkoeld  
 Ontwrichting                       Verstikking  
 Chemische verbranding                       Oogletsel – chemisch  
 Contact met chemicaliën                       Oogletsel – niet chemisch  
 Bedwelming                       Vergiftiging

<b>9. Omgevingsfactoren / weersgesteldheid *</b>				
<input type="checkbox"/> Binnen	<input type="checkbox"/> Buiten	<input type="checkbox"/> Werk op hoogte	<input type="checkbox"/> Besloten ruimten	
<input type="checkbox"/> Daglicht	<input type="checkbox"/> Kunstlicht	<input type="checkbox"/> Overmatig lawaai	<input type="checkbox"/> IJzel	
<input type="checkbox"/> Droog	<input type="checkbox"/> Regen	<input type="checkbox"/> Sneeuw		
Temp. ± °C	Windsnelheid: geen / zacht / matig / hard / zeer hard			
<b>10. Welke persoonlijke beschermingsmiddelen werden gedragen?</b>				
<input type="checkbox"/> Veiligheidsschoen	<input type="checkbox"/> Werkkleding	<input type="checkbox"/> Stofmasker		
<input type="checkbox"/> Handschoenen	<input type="checkbox"/> Helm	<input type="checkbox"/> Gasmasker		
<input type="checkbox"/> Veiligheidsbril	<input type="checkbox"/> Overzetbril	<input type="checkbox"/> Valgordel		
<b>11. Indien er sprake is van schade:</b>				
Plaats installatie:				
Geschatte omvang van de schade:				
Aard van de schade:				
<b>12. Werkvergunningen:</b>				
Soort vergunning:	Uitgegeven d.d.:	Geldig tot:	Uitgegeven door:	Nummer / Ref:
Koud werk				
Heet werk				
Besloten ruimten				
Anders, nl .....				
<b>13. Welke werkzaamheden werden uitgevoerd?</b>				
<b>13.1 Werd er gewerkt met een bepaalde machine / een voertuig of een installatie of anderszins? *</b>				
Zo ja, omschrijf deze dan voldoende uitgebreid:			<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> nee	
<b>13.2 Werd er gewerkt met een bepaalde (chemische) stof? *</b>				
Zo ja, om welke chemische stof gaat het dan:			<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> nee	



14. Omschrijf hoe de gebeurtenis is ontstaan.

--

15. Omschrijf de gevolgen van de gebeurtenis.

--

16. Welke maatregelen dienen getroffen te worden om herhaling van de gebeurtenis te voorkomen?

--

17. Wie met de maatregelen uitvoeren en binnen welke termijn?

Verantwoordelijk voor invoering:		Paraaf:	
Datum invoering:		Datum:	

18. Aan wie is de gebeurtenis gemeld?

	Contactpersoon:	Telefoonnummer:	Kopie formulier:
Directie			
VGM-coördinator			
Opdrachtgever			
Arbeidsinspectie			
Milieudienst			
Waterbeheerder			
Anders, nl .....			



19. Beoordeling en opvolging van maatregelen			
Geplande beoordelingsdatum:		Beoordeeld d.d.	
Bevindingen:			
Afgehandeld d.d.		Paraaf:	
Wordt deze gebeurtenis in het jaarverslag opgenomen? *			<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> nee
Is een uitgebreide analyse noodzakelijk? *			<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> nee
Bijlagen:			
20. Ondertekening			
Formulier opgesteld door:		Handtekening:	
Datum:			