

### Formulier ongevallenregistratie

Datum ongeval \_\_\_\_\_  
 Datum registratie \_\_\_\_\_  
 Naam gastouder \_\_\_\_\_  
 Adres van het ongeval \_\_\_\_\_  
 Ingevuld door \_\_\_\_\_

### Gegevens van het kind

Naam en voorletter(s) \_\_\_\_\_  
 Jongen/meisje \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum \_\_\_\_\_

### Waren er andere personen (kind of volwassen) betrokken bij het ongeval?

- Nee
- Ja, de volgende personen: \_\_\_\_\_

### Waar vond het ongeval plaats?

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Buiten/speeltuin | <input type="radio"/> Trap            | <input type="radio"/> Badkamer                |
| <input type="radio"/> Woonkamer        | <input type="radio"/> Entree/hal      | <input type="radio"/> Anders, namelijk: _____ |
| <input type="radio"/> Keuken           | <input type="radio"/> Berg-/wasruimte |   |
| <input type="radio"/> Slaapkamer       | <input type="radio"/> Toilet          |   |

### Hoe ontstond het letsel?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Gevallen                | <input type="radio"/> Stoeien/bijten/slaan | <input type="radio"/> Vergiftiging            |
| <input type="radio"/> Gestoten/gebotst        | <input type="radio"/> Bekneld geraakt      | <input type="radio"/> Verdrinking             |
| <input type="radio"/> Ergens door geraakt     | <input type="radio"/> Gesneden/geprikt     | <input type="radio"/> Anders, namelijk: _____ |
| <input type="radio"/> Gestruikeld/uitgegliden | <input type="radio"/> Verbrand             |   |

### Wat voor letsel heeft het kind opgelopen?

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Botbreuk                  | <input type="radio"/> Ontwrichting | <input type="radio"/> Anders, namelijk: _____ |
| <input type="radio"/> Verstuiking               | <input type="radio"/> Open wond    |   |
| <input type="radio"/> Kneuzing/bloeduitstorting | <input type="radio"/> Schaafwond   |   |

### Wat is het lichaamsdeel waaraan het kind letsel heeft opgelopen?

- |                             |                            |   |
|-----------------------------|----------------------------|---|
| <input type="radio"/> Hoofd | <input type="radio"/> Arm  | <input type="radio"/> Anders, namelijk: _____ |
| <input type="radio"/> Nek   | <input type="radio"/> Been |   |
| <input type="radio"/> Romp  |                            |   |

### Is het kind behandeld?

- Nee
- Ja, door:
  - Huisarts
  - Spoedeisende hulp
  - Ziekenhuisopname
  - Anders, namelijk: \_\_\_\_\_



**Waar was het kind mee bezig?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Een beschrijving van het ongeval**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Hoe kan het ongeval in de toekomst worden voorkomen?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---