

GEGEVENS GETROFFENE		GEGEVENS OPDRACHTGEVER	
Naam		Naam opdrachtgever	
Huisadres		Plaats werkzaamheden	
Woonplaats		Naam leidinggevende	
Telefoonnr.		Telefoonnr.	
GEGEVENS ONGEVAL			
Datum		Tijd	
Soort ongeval	EHBO verleent	Ziekenhuisopname*	
<input type="checkbox"/> verzuim	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> geen	
<input type="checkbox"/> blijvend letsel	<input type="checkbox"/> ja, door wie:	<input type="checkbox"/> binnen 24 uur	
<input type="checkbox"/> anders:		<input type="checkbox"/> na 24 uur	
Getuige	1.	Overige betrokkenen	1.
	2.		2.
OORZAKEN (kruis aan welke aspecten mogelijk hebben bijgedragen tot het ongeval / incident)			
Handelingen	Situatie / omgeving	Organisatie	
<input type="checkbox"/> onjuiste werkmethode	<input type="checkbox"/> onvoldoende. beveiligd gereedschap	<input type="checkbox"/> niet opvolgen instructies	
<input type="checkbox"/> onjuist gebruik gereedschap	<input type="checkbox"/> defect gereedschap	<input type="checkbox"/> onvoldoende kennis	
<input type="checkbox"/> onbevoegd tot bedienen	<input type="checkbox"/> onveilige installatie	<input type="checkbox"/> geen werkvoorbereiding	
<input type="checkbox"/> onveilige plaats/houding	<input type="checkbox"/> onveilige werklocatie	<input type="checkbox"/> onvoldoende overleg	
<input type="checkbox"/> niet uitvoeren handeling	<input type="checkbox"/> onvoldoende verlichting	<input type="checkbox"/> onvoldoende materiaal	
<input type="checkbox"/> stoeien of afleiden	<input type="checkbox"/> onvoldoende orde/netheid	<input type="checkbox"/> onjuist materiaal	
<input type="checkbox"/> niet ingeschakelde beveiliging	<input type="checkbox"/> :	<input type="checkbox"/> onvoldoende materieel	
<input type="checkbox"/> geen gebruik PBM		<input type="checkbox"/> onjuist materieel	
<input type="checkbox"/> :		<input type="checkbox"/> incorrecte tekeningen	
Beschrijving ongeval/incident (bij ruimte gebrek, gebruik achterkant)	Mening getroffene:	Naam en mening VG-coördinator:	
ONDERZOEK EN MAATREGELEN (door VG-coördinator)			
Bevindingen schade- en ongevallenonderzoek			
Aanvullende informatie	<input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> foto's <input type="checkbox"/> video <input type="checkbox"/> anders namelijk:		
Genomen maatregelen			
Geëvalueerd met betrokkene op			
Paraaf			
MELDING (door directie inlener)		Aanvullend onderzoek (door directie inlener)	
<input type="checkbox"/> Arbodienst	Door:	<input type="checkbox"/> ja, datum:	
	datum/tijdstip:	<input type="checkbox"/> nee	
<input type="checkbox"/> Arbeidsinspectie	Door:	Aantal verzuimdagen	dagen
*Verplicht bij ziekenhuisopname	datum/tijdstip:	Geschatte materiële schade	