

Ongevalregistratie formulier

Datum incident:

Locatie:

Datum Registratie:

Korte omschrijving ongeval:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Betrokkene

- Kind
 Volwassene

Geslacht

- Jongen/man
 Meisje/vrouw

Naam:

Leeftijd:

Is er sprake van een ongeval?

- Ja
 Nee
- Er is sprake van een gevaarlijke situatie.
 Er is sprake van een bijna ongeval.

Paraaf ouder:

Wat voor letsel heeft het kind / de medewerker opgelopen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schaafwond | <input type="checkbox"/> Gesneden of geprikt |
| <input type="checkbox"/> Hersenschudding of ander hersenletsel | <input type="checkbox"/> Ergens aan gebrand |
| <input type="checkbox"/> Botbreuk | <input type="checkbox"/> Vergiftiging |
| <input type="checkbox"/> Open wond | <input type="checkbox"/> Allergische reactie |
| <input type="checkbox"/> Kneuzing / bloeduitstorting | <input type="checkbox"/> (bijna) Verdrinking |
| <input type="checkbox"/> Verstuiking / verzwikking / ontwrichting | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |

Wat is het lichaamsdeel waaraan het kind / de medewerker letsel heeft opgelopen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hoofd | <input type="checkbox"/> Romp (inclusief rug) |
| <input type="checkbox"/> Nek | <input type="checkbox"/> Been (inclusief heup) |
| <input type="checkbox"/> Arm (inclusief schouders, sleutelbeen) | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |

Is het kind / de medewerker naar aanleiding van het ongeval behandeld?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nee | |
| <input type="checkbox"/> Ja, door: | |
| <input type="checkbox"/> Niet medisch geschoolde medewerk(st)er | <input type="checkbox"/> Spoedeisende Hulpafdeling van een ziekenhuis |
| <input type="checkbox"/> BHV-er / EHBO-er | <input type="checkbox"/> Opgenomen in een ziekenhuis |
| <input type="checkbox"/> Huisarts | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |
| <input type="checkbox"/> Tandarts | |

Hoe ontstond het letsel?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ergens vanaf gevallen | <input type="checkbox"/> Ergens aan gebrand |
| <input type="checkbox"/> Gestruikeld / uitgedleden / verstapt | <input type="checkbox"/> Vergiftiging / Allergische reactie |
| <input type="checkbox"/> Ergens tegenaan gestoten of gebotst | <input type="checkbox"/> Onderling contact: stoeien, bijten, slaan, etc. |
| <input type="checkbox"/> Ergens aan gesneden of geprikt | <input type="checkbox"/> Getrapt / gekrabbt / gebeten / geprikt door een dier / insect |
| <input type="checkbox"/> Geraakt door een bewegend voorwerp | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |
| <input type="checkbox"/> Bekneld geraakt | |

Waren er andere personen (kind / leidster / ouder) bij het ongeval betrokken?

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, namelijk |
|------------------------------|---|

Waar vond het incident plaats?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Speelplein | <input type="checkbox"/> Berg / wasruimte |
| <input type="checkbox"/> Entrée, garderobe, gang | <input type="checkbox"/> Kindertoilet |
| <input type="checkbox"/> trap | <input type="checkbox"/> Volwassen toilet |
| <input type="checkbox"/> Leefruimte / lokaal | <input type="checkbox"/> Kantoorruimte |
| <input type="checkbox"/> Slaapruimte | <input type="checkbox"/> Locatie niet bijhorend bij de opvang-locatie |
| <input type="checkbox"/> Keuken | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |

Waar was het kind / de medewerker mee bezig?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Spelen | <input type="checkbox"/> Ergens naar toe lopen |
| <input type="checkbox"/> Stoeien | <input type="checkbox"/> Gaan zitten of staan |
| <input type="checkbox"/> Eten | <input type="checkbox"/> Handarbeid, knutselen |
| <input type="checkbox"/> Slapen of rusten | <input type="checkbox"/> Koken, eten bereiden |
| <input type="checkbox"/> Wassen, toiletbezoek | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |

Paraaf ouder:

Was er een product (speelgoed, meubilair, speeltoestel, gevaarlijke stoffen, e.d.) bij betrokken?

- Nee Ja, welk product?

Gebeurde het incident terwijl er toezicht van een medewerker was?

- Ja Nee

Hield het kind of de medewerker zich aan de geldende afspraken / regels?

- Hiervoor bestaan geen afspraken / regels
 Nee
 Ja

Wanneer je terugkijkt naar het ontstaan van het incident, waren er oorzaken die de omstandigheden hebben gecreëerd dat dit incident plaats kon vinden?

- Nee
 Ja namelijk:.....

Wat is de kans dat een soortelijk incident zich nogmaals voordoet?

- Klein Groot

Wat hadden de mogelijke gevolgen (ernst letstel) kunnen zijn?

- Klein Groot

Zijn er naar aanleiding van het incident maatregelen genomen om herhaling in de toekomst te voorkomen?

- Nee, en dat gaat ook niet gebeuren Nee, maar dat gaat nog wel gebeuren
 Ja namelijk:.....

Is er contact geweest met de ouders?

- Nee
 Ja,
Door wie?
Wanneer?
Wat is er afgesproken?

Datum tekening van gastouder en ouder:

Handtekening Gastouder

Handtekening Ouder

.....

.....