

Datum ongeval	... - ... - 20...	Ingevuld door:	.....
Datum registratie	... - ... - 20...	Volgnummer formulier	.....
Naam gastouder	.....		
Woning gastouder/vraagouder	.....		
<b>1. Welk kind was bij het ongeval betrokken?</b>			
Naam:	.....	Leeftijd:	..... jaar
Jongen/Meisje	.....		
<b>2. Waren er andere personen (kind/ouder) bij het ongeval betrokken?</b>			
Ja, namelijk:	.....		
Nee			
<b>3. Waar vond het ongeval plaats?</b>			
<input type="radio"/> Speelplein/buiten		<input type="radio"/> Keuken	
<input type="radio"/> Entree, garderobe, gang		<input type="radio"/> Berg/wasruimte	
<input type="radio"/> Trap		<input type="radio"/> Toilet	
<input type="radio"/> Woonkamer		<input type="radio"/> Badkamer	
<input type="radio"/> Slaapkamer		<input type="radio"/> Anders, namelijk: .....	
<b>4. Hoe ontstond het letsel?</b>			
<input type="radio"/> Ergens vanaf gevallen		<input type="radio"/> Gesneden of geprikt	
<input type="radio"/> Gestruikeld/uitgegleeden/verstapt		<input type="radio"/> Ergens aan gebrand	
<input type="radio"/> Ergens tegenaan gestoten of gebotst		<input type="radio"/> Vergiftiging	
<input type="radio"/> Ergens door geraakt		<input type="radio"/> (bijna) Verdrinking	
<input type="radio"/> Onderling contact: stoeien, bijten, slaan, etc		<input type="radio"/> Anders, namelijk: .....	
<input type="radio"/> Bekneld geraakt			
<b>5. Waar was het kind mee bezig?</b>			
.....			
.....			
.....			
<b>6. Beschrijf het ongeval in eigen woorden</b>			
.....			
.....			
.....			
<b>8. Wat voor letsel heeft het kind opgelopen?</b>			
<input type="radio"/> Botbreuk		<input type="radio"/> Verstuiking/verzwikking	
<input type="radio"/> Open wond		<input type="radio"/> Ontwrichting (bijvoorbeeld schouder uit de kom)	
<input type="radio"/> Schaafwond		<input type="radio"/> Anders, namelijk: .....	
<input type="radio"/> Kneuzing/bloeduitstorting			
<b>9. Wat is het lichaamsdeel waaraan het kind letsel heeft opgelopen?</b>			
<input type="radio"/> Hoofd		<input type="radio"/> Romp (inclusief rug)	
<input type="radio"/> Nek		<input type="radio"/> Been (inclusief heup)	
<input type="radio"/> Arm (inclusief schouders, sleutelbeen)		<input type="radio"/> Anders, namelijk: .....	
<b>10. Is het kind naar aanleiding van het ongeval behandeld?</b>			
<input type="radio"/> Nee			
<input type="radio"/> Ja, door:			
	<input type="radio"/> Huisarts		
	<input type="radio"/> Spoedeisende Hulpafdeling van een ziekenhuis		
	<input type="radio"/> Opgenomen in een ziekenhuis		
	<input type="radio"/> Anders, namelijk		
<b>11. Hoe kan het ongeval in de toekomst worden voorkomen?</b>			
.....			
.....			
.....			