

Ongevallen registratieformulier (gastoudernummer.:)

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Datum ongeval: | |
| Datum registratie: | |
| Naam gastouder: | |
| Ingevuld door: | |
| Volgnummer formulier: | |
| Woning gastouder / vraagouder: | |
| 1. Welk kind was bij het ongeval betrokken? | |
| Naam: | Leeftijd kind: |
| Jongen/meisje | |
| 2. Waren er andere personen bij het ongeval betrokken? | |
| <input type="radio"/> Nee | |
| <input type="radio"/> Ja, nl: | |
| 3. Waar vond het ongeval plaats? | |
| <input type="radio"/> Speelgelegenheid / buiten | <input type="radio"/> Keuken |
| <input type="radio"/> Entree / Garderobe / gang | <input type="radio"/> Berging / wasruimte |
| <input type="radio"/> Trap | <input type="radio"/> Toilet |
| <input type="radio"/> Kelder | <input type="radio"/> Badkamer |
| <input type="radio"/> Slaapkamer | <input type="radio"/> Opkamer |
| <input type="radio"/> Woonkamer | <input type="radio"/> Anders: |
| 4. Hoe ontstond het letsel? | |
| <input type="radio"/> Ergens van af gevallen | <input type="radio"/> Gesneden of geprikt |
| <input type="radio"/> Gestruikeld / uitgegleden / verstapt | <input type="radio"/> Ergens aan gebrand |
| <input type="radio"/> Ergens tegenaan gestoten of gebotst | <input type="radio"/> Vergiftiging |
| <input type="radio"/> Onderling contact: Stoeien / bijten / slaan | <input type="radio"/> (Bijna)verdrinking |
| <input type="radio"/> Ergens door geraakt | <input type="radio"/> Andere wijze: |
| <input type="radio"/> Bekneld geraakt | |
| 5. Waar was het kind mee bezig? | |
| | |
| 6. Beschrijf het ongeval in eigen woorden | |
| | |
| 7. Wat voor letsel heeft het kind opgelopen? | |
| <input type="radio"/> Botbreuk | <input type="radio"/> Verstuiking / verzwikking |
| <input type="radio"/> Open wond | <input type="radio"/> Ontwrichting (bv schouder uit de kom) |
| <input type="radio"/> Schaafwond | <input type="radio"/> Anders: |
| <input type="radio"/> Kneuzing / bloeditstorting | |
| 8. Wat is het lichaamsdeel waaraan het kind letsel heeft opgelopen? | |
| <input type="radio"/> Hoofd | <input type="radio"/> Romp (incl. rug) |
| <input type="radio"/> Nek | <input type="radio"/> Been (incl. heup) |
| <input type="radio"/> Arm (incl. schouders, sleutelbeen) | <input type="radio"/> Anders: |
| 9. Is het kind naar aanleiding van het ongeval behandeld? | |
| <input type="radio"/> Nee | |
| <input type="radio"/> Ja, door: | <input type="radio"/> Gastouder zelf |
| | <input type="radio"/> Huisarts |
| | <input type="radio"/> Spoedeisende Hulp ziekenhuis |
| | <input type="radio"/> Opgenomen in ziekenhuis |
| | <input type="radio"/> Anders: |
| 10. Hoe kan het ongeval in de toekomst voorkomen worden? | |
| | |