

ONGEVALLEN/LETSEL-REGISTRATIE

 Evenementen **EHBO** Pijnacker

Datum ongeval	Plaats	BHV gestart		
Tijdstip ongeval: uur	Adres	Ja/nee		
EHBO verleend door (persoon)				
Naam van het slachtoffer	M/V		
Adres			
Postcode en woonplaats			
Telefoonnummer			
Geboorte datum of leeftijd			
Gebruik medicijnen			
Allergie			
Dit vaker voorgekomen			
Noodzakelijke hulp	<input type="checkbox"/> EHBO	<input type="checkbox"/> Anders, nl:.....		
	<input type="checkbox"/> Arts			
	<input type="checkbox"/> Ziekenhuis	<input type="checkbox"/> Ambulance Tijdstip: uur		
Oorzaak van het ongeval	<input type="checkbox"/> Verstappen / verzwikken			
	<input type="checkbox"/> Val van gelijk niveau (bv uitglijden), nl:			
	<input type="checkbox"/> Val van hoogte (bv trap), nl:			
	<input type="checkbox"/> Botsing met ander persoon			
	<input type="checkbox"/> Botsing tegen object / voorwerp, nl:			
	<input type="checkbox"/> Vastgezogen of beklemming			
	<input type="checkbox"/> Anders, nl:.....			
Activiteit/Locatie	<input type="checkbox"/> Binnen <input type="checkbox"/> Buiten			
	<input type="checkbox"/> Anders, nl			
Betrokken producten	<input type="checkbox"/> Materialen, welke.....			
	<input type="checkbox"/> Vloeistof, welke.....			
	<input type="checkbox"/> Anders, nl:.....			
Type letsel	<input type="checkbox"/> Wond	<input type="checkbox"/> Schaafwond		
	<input type="checkbox"/> Breuk	<input type="checkbox"/> Kneuzing		
	<input type="checkbox"/> Ziekte			
	<input type="checkbox"/> Anders, nl.....			
Lokatie letsel	<input type="checkbox"/> Hoofd	<input type="checkbox"/> Oog	<input type="checkbox"/> Neus	<input type="checkbox"/> Mond
		<input type="checkbox"/> Kin	<input type="checkbox"/> Oor	<input type="checkbox"/> Schedel
	<input type="checkbox"/> Romp	<input type="checkbox"/> Rug	<input type="checkbox"/> Borst	<input type="checkbox"/> Heup
		<input type="checkbox"/> Maag/buik	<input type="checkbox"/> Schouder	
	<input type="checkbox"/> Arm	<input type="checkbox"/> Pols	<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> Vinger
		<input type="checkbox"/> Bovenarm	<input type="checkbox"/> Onderarm	<input type="checkbox"/> Elleboog
	<input type="checkbox"/> Been	<input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> Voet	<input type="checkbox"/> Teen
		<input type="checkbox"/> Bovenbeen	<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> Onderbeen
	<input type="checkbox"/> Overig / onbekend			
Geef hiernaast de plaats van het letsel aan				
Ondernomen acties:				
Handtekening slachtoffer (indien mogelijk)	Handtekening medewerker			