

# Ongevallen registratieformulier

		<b>volgnummer formulier:</b>		
Datum ongeval:				
Datum registratie:				
Naam gastouder:				
Ingevuld door:				
Adres waar ongeval plaatsvond:				
<b>1. Welk kind was bij het ongeval betrokken?</b>				
Naam:				Leeftijd kind:
Jongen/meisje				
<b>2. Waren er andere personen bij het ongeval betrokken?</b>				
<input type="radio"/> Nee				
<input type="radio"/> Ja, nl:				
<b>3. Waar vond het ongeval plaats?</b>				
<input type="radio"/> Speelgelegenheid / buiten		<input type="radio"/> Keuken		
<input type="radio"/> Entree / Garderobe		<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:		
<b>4. Hoe ontstond het letsel?</b>				
<input type="radio"/> Ergens van af gevallen		<input type="radio"/> Gensneden 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				
<b>5. Waar was het kind mee bezig?</b>				
<b>6. Beschrijf het ongeval in eigen woorden</b>				
<b>7. 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 (bv schouder uit de kom)		
<input type="radio"/> Schaafwond		<input type="radio"/> Anders:		
<input type="radio"/> Kneuzing / bloeduitstorting				
<b>8. Wat is het lichaamsdeel waaraan het kind letsel heeft opgelopen?</b>				
<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"/> Ander:		
<b>9. Is het kind naar aanleiding van het ongeval behandeld?</b>				
<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:		
<b>10. Hoe kan het ongeval in de toekomst voorkomen worden?</b>				