

Bijlage A

Ongevallen registratieformulier

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | volgnummer formulier: | | |
| Datum ongeval: | | | | |
| Datum registratie: | | | | |
| Naam gastouder: | | | | |
| Ingevuld door: | | | | |
| Adres waar ongeval plaatsvond: | | | | |
| 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 | | <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"/> Gensneden of geprikt | | |
| <input type="radio"/> Gestruikeld / uitgedleden / 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"/> Ander: | | |
| 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? | | | | |
| | | | | |