

# Registratieformulier ongevallen

Gastouderbureau Kid@home, Bosweistraat 10, 6681 AW Bommel, 0481-464386.



## Algemene gegevens

Naam gastouder : .....  
Adres : .....  
Postcode + plaats : .....  
Naam kind : .....  
Geboortedatum : .....  
  
Datum ongeval : .....  
Datum registratie : .....

## Waren er andere personen (kind/ ouder) bij het ongeval betrokken?

.....  
.....  
.....

## Waar vond het ongeval plaats?

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Entree     | <input type="checkbox"/> Keuken           |
| <input type="checkbox"/> Slaapkamer | <input type="checkbox"/> Tuin             |
| <input type="checkbox"/> Woonkamer  | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |
| <input type="checkbox"/> Sanitair   |   |

## Waar was het kind mee bezig?

.....  
.....  
.....

## Hoe ontstond het letsel?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ergens vanaf gevallen              | <input type="checkbox"/> Ergens aan gebrand                        |
| <input type="checkbox"/> Gestruikeld/ uitgegleden/ verstapt | <input type="checkbox"/> Vergiftiging                              |
| <input type="checkbox"/> Gestoten/ gebotst                  | <input type="checkbox"/> (bijna) Verdrinking                       |
| <input type="checkbox"/> Ergens door geraakt                | <input type="checkbox"/> Onderling contact: stoeien, bijten, slaan |
| <input type="checkbox"/> Bekneld geraakt                    | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk                          |
| <input type="checkbox"/> Gesneden of geprikt                |  |

## Beschrijf het ongeval in eigen woorden:

.....  
.....  
.....

**Wat voor letsel heeft het kind opgelopen?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Botbreuk                  | <input type="checkbox"/> Verstuiking/ verzwikking        |
| <input type="checkbox"/> Open wond                 | <input type="checkbox"/> Ontwrichting (bijv. uit de kom) |
| <input type="checkbox"/> Schaafwond                | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: .....         |
| <input type="checkbox"/> Kneuzing/ bloeditstorting |  |

**Welk lichaamsdeel?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoofd                             | <input type="checkbox"/> Romp (incl. rug)        |
| <input type="checkbox"/> Nek                               | <input type="checkbox"/> Been (incl. heup)       |
| <input type="checkbox"/> Arm (incl. schouder, sleutelbeen) | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: ..... |

**Is het kind naar aanleiding van het ongeval behandeld?**

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nee       | <input type="checkbox"/> Huisarts                             |
| <input type="checkbox"/> Ja, door: | <input type="checkbox"/> Spoedeisende Hulpafdeling ziekenhuis |
|                                    | <input type="checkbox"/> Opgenomen in een ziekenhuis          |
|                                    | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: .....              |

**Hoe kan het ongeval in de toekomst worden voorkomen?**

.....

.....

.....

.....