

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 / 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 / bloeduitstorting				
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?				