

**Dit formulier dient bij ieder (bijna) ongeval te worden ingevuld en te worden verzonden naar de Arboadviseur**

**Gegevens betrokkene:**

Naam:

Naam evt. getuigen:

Werkzaam op de afdeling :

De betrokkene is : [ ]  werknemer [ ]  uitzendkracht [ ]  bezoeker/ cliënt overig nl:

**Ongevalsgegevens:**

Datum: dd-mm-jjjj Tijdstip:       uur       minuten

[ ] Arbeidsongeval [ ] Bijna-ongeval

Plaats van het ongeval:

[ ] Integriteitsschending

[ ] Prikaccident [ ] Agressie/geweld [ ]  Pesten [ ]  Pesten Intimidatie(sexuele)

Beschrijving van het incident:

Oorzaak van het ongeval:

Eerder bekende aandoening?

**Risico op herhaling ?**

Aard van het letsel:
 **Ingezette hulpverlening**

Arts geconsulteerd: (zo ja, welke arts?)

Ziekenhuis: Zo ja, welk ziekenhuis?

Vervoerd via: [ ]  ambulance [ ]  eigen vervoer [ ]  anders, naar ziekenhuis

**Vermoedelijke verzuimduur (invullen door leidinggevende):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  geen | [ ]  werkhervatting < 24 u |  [ ]  verzuim minder dan 3 dagen |
| [ ]  n.v.t. | [ ]  verzuim > dan 3 dagen |  [ ]  vervangend werk |

**Verbetermaatregelen en opvolging**

Maatregel om herhaling te voorkomen:

**Wie verantwoordelijk**:

**Naam melder:** Dit formulier is ingevuld door: