

**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: