

Formulier Melding van een ongeval

Gegevens van het slachtoffer				
Naam:				
Gegevens van het ongeval				
Datum ongeval:		Tijdstip van het ongeval:		
Naam van het bedrijf en/of project:				
Is er een getuige van het ongeval:	ja	nee	onbekend	n.v.t.
Gegevens van de eventuele getuige				
Naam:				
Telefoonnummer:				
Werkzaam bij:				
Soort ongeval				
<i>Bedrijfsongevallen moeten bij de Inspectie SZW worden gemeld als er sprake is van een ziekenhuisopname binnen 24 uur, van blijvend letsel of een dodelijke afloop. Neem contact op met de V&G Coördinator.</i>				
<input type="checkbox"/> Type A. Bijna ongeval				
<input type="checkbox"/> Type B. Ongeval zonder letsel	Eerste hulp verleend:	ja	nee	
<input type="checkbox"/> Type C. Ongeval met letsel	Dokter bezoek:	ja	nee	
<input type="checkbox"/> Type D. Ongeval met ernstig letsel	Opname ziekenhuis	ja	nee	
<input type="checkbox"/> Type E. Dodelijk ongeval				
Omschrijving van het (bijna) ongeval of gevaarlijke situatie				
Beschrijving van de werkzaamheden en de eventueel gebruikte arbeidsmiddelen				
Direct genomen maatregelen (Welke (directe) maatregel(en) zijn genomen om een gelijkwaardig incident te voorkomen.)				
Dit formulier is ingevuld door				
Naam:		Datum:		
Functie: (aankruisen)		Telefoonnummer:		
<input type="checkbox"/> leerling-werknemer van InstallatieWerk		Telefoonnummer:		
<input type="checkbox"/> leerlingbegeleider van InstallatieWerk		Telefoonnummer:		
<input type="checkbox"/> praktijkopleider van InstallatieWerk		Telefoonnummer:		