

## Ongevallen meldingsformulier

Gegevens van het slachtoffer			
Naam:			
Telefoonnummer:			
Gegevens van het incident			
Datum ongeval:		Tijdstip van het ongeval:	
Naam bedrijf en/of project:			
Adres:			
Postcode en plaats:			
Getuige			
Naam:			
Telefoonnummer:			
Werkzaam bij:			
Soort ongeval			
<i>Bedrijfsongevallen moeten bij de Inspectie SZW worden gemeld als er sprake is van een dodelijke afloop, een ziekenhuisopname binnen 24 uur of van blijvend letsel. Neem contact op met de KAM-functionaris</i>			
<input type="checkbox"/> bijna ongeval			
<input type="checkbox"/> ongeval zonder letsel	eerste hulp verleend:	ja	nee
<input type="checkbox"/> ongeval met letsel	dokter bezoek:	ja	nee
<input type="checkbox"/> ongeval met ernstig letsel	opname ziekenhuis	ja	nee
<input type="checkbox"/> dodelijk ongeval			
Omschrijving (bijna) ongeval of gevaarlijke situatie			
Beschrijving van de werkzaamheden en de eventueel gebruikte arbeidsmiddelen			
Omschrijving van het eventuele letsel			
Direct genomen maatregelen			

Oorzaken			
Taak gebonden risico's	Locatie gebonden aspecten	Organisatorische aspecten	
<input type="checkbox"/> onjuist tillen van (zware) lasten	<input type="checkbox"/> rommelige werkplek	<input type="checkbox"/> geen/slechte RI&E ontwerp	
<input type="checkbox"/> ongunstige houding	<input type="checkbox"/> struikelen/vallen	<input type="checkbox"/> te geringe werkvoorbereiding	
<input type="checkbox"/> uitvoeren verboden werkzaamheden	<input type="checkbox"/> onvoldoende veiligheidsmaatregelen	<input type="checkbox"/> onvoldoende materiaal / materieel beschikbaar	
<input type="checkbox"/> trilling	<input type="checkbox"/> hitte of koude (slecht weer)	<input type="checkbox"/> materiaal in slechte staat	
<input type="checkbox"/> werken met snijgereedschap	<input type="checkbox"/> lawaai/geluid	<input type="checkbox"/> onvoldoende aantal PBM's	
<input type="checkbox"/> onjuiste methode/procedure	<input type="checkbox"/> onvoldoende verlichting	<input type="checkbox"/> PBM's in slechte staat	
<input type="checkbox"/> onveilige methode/procedure	<input type="checkbox"/> onvoldoende ventilatie	<input type="checkbox"/> onvoldoende opgeleid	
<input type="checkbox"/> te weinig tijd	<input type="checkbox"/> werk in besloten/kruip ruimte	<input type="checkbox"/> onvoldoende ervaring	
<input type="checkbox"/> onachtzaamheid / stoeien	<input type="checkbox"/> onveilige werklocatie	<input type="checkbox"/> onvoldoende overleg	
<input type="checkbox"/> onjuist gebruik gereedschap	<input type="checkbox"/> werken op hoogte	<input type="checkbox"/> afspraken niet vastgelegd	
<input type="checkbox"/> niet of onjuist gebruik PBM		<input type="checkbox"/> onvoldoende instructie	
Toelichting bij oorzaken			
Zijn bij het ongeval nog andere personen betrokken?			
Wie en op welke manier:			
Is het (bijna) ongeval of de gevaarlijke situatie te wijten aan schuld door derden en zo ja, door wie?			
Maatregelen/acties			
Welke:	Door wie:	Wanneer:	
Ongevallen meldingsformulier ingevuld door:			
Naam:		Datum:	
Functie:		Telefoonnummer:	
Afhandeling door preventiemedewerker / KAM-coördinator / Personeelsfunctionaris			
Kopie verzonden naar:			
Melding gedaan bij:	<input type="checkbox"/> arbeidsinspectie	<input type="checkbox"/> opleidingsbedrijf	<input type="checkbox"/> Arbodienst
			<input type="checkbox"/> verzekering
Ongevalsonderzoek afgehandeld door			
Naam:		Functie:	
Datum:		Plaats:	