



**7. Aan welk lichaamsdeel heeft de persoon letsel opgelopen?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hoofd            | <input type="checkbox"/> Arm/schouder/sleutelbeen |
| <input type="checkbox"/> Borst buik       | <input type="checkbox"/> Nek/hals                 |
| <input type="checkbox"/> Vinger/hand/pols | <input type="checkbox"/> Rug                      |
| <input type="checkbox"/> Teen/voet/enkel  | <input type="checkbox"/> Been/heup                |

Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**8. Is de persoon na het ongeval behandeld?**

- |                              |                                    |   |
|------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, door: | <input type="checkbox"/> Huisarts                             |
|                              |                                    | <input type="checkbox"/> Spoedeisende hulp van een ziekenhuis |
|                              |                                    | <input type="checkbox"/> Opgenomen in een ziekenhuis          |

Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**9. Hoe kan het ongeval in de toekomst voorkomen worden?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. Zijn er maatregelen genomen naar aanleiding van het ongeval?**

- Nee  
 Ja, namelijk \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. Beschrijf het ongeval in uw eigen woorden:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. Wat is volgens u de oorzaak van het ongeval?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dit ongevallen registratieformulier is ingevuld door:**

Naam : \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_