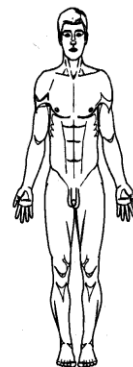


Ongevallenregistratieformulier Hellas-Glana

Ongevallenregistratieformulier Hellas-Glana		Datum:	
Ingevuld door:			
Naam van het slachtoffer			
Adres			
Woonplaats			
EHBO verleend door (persoon)			
Verder behandeld door			
Noodzakelijke hulp		<input type="checkbox"/> EHBO in zwembad <input type="checkbox"/> Ziekenhuis <input type="checkbox"/> (Huis)arts <input type="checkbox"/>	
Geboortedatum of leeftijd		M/V	
Zwerniveau/ervaring		Datum ongeval:	
Persoonsgeboden omstandigheden		Tijdstip ongeval:	
Activiteit tijdens ongeval			
Plaats van het ongeval			
Oorzaak van het ongeval		<input type="checkbox"/> Verstappen/verzwikken <input type="checkbox"/> Val van gelijk niveau (bv. uitglijden), nl: <input type="checkbox"/> Val van hoogte (bv. trap), nl: <input type="checkbox"/> Botsing met ander persoon <input type="checkbox"/> Botsing tegen object/voorwerp (bv bal, pilaar, bassinbodem): <input type="checkbox"/> Overbelasting <input type="checkbox"/> Verdrinking <input type="checkbox"/> Vastgezogen of beklemming	
Betrokken producten		<input type="checkbox"/> Waterglijbaan <input type="checkbox"/> Duikplank <input type="checkbox"/>	
Type letsel		<input type="checkbox"/> Kneuzing <input type="checkbox"/> Breuk <input type="checkbox"/> Schaafwond <input type="checkbox"/> Wond of snee <input type="checkbox"/>	
Locatie letsel		<input type="checkbox"/> Oog <input type="checkbox"/> Neus <input type="checkbox"/> Mond <input type="checkbox"/> Schedel <input type="checkbox"/> Oor	
		<input type="checkbox"/> Rug <input type="checkbox"/> Borst <input type="checkbox"/> Sleutelbeen <input type="checkbox"/> Maag/buik	
		<input type="checkbox"/> Schouder <input type="checkbox"/> Bovenarm <input type="checkbox"/> Elleboog <input type="checkbox"/> Hand	
		<input type="checkbox"/> Bovenbeen <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Onderbeen <input type="checkbox"/> Voet	
		<input type="checkbox"/> Overig/onbekend <input type="checkbox"/> Gering (Pleisterlijst) <input type="checkbox"/> Ernstig (Ongevallenadministratie)	
Aard letsel			
Ondernomen acties m.b.t. oorzaak			

Geef plaats letsel aan:



GEEF OP PLATTEGROND OF SCHETS AAN DE ACHTERZIJDE VAN DIT FORMULIER ZO EXACT MOGELIJK DE LOCATIE VAN HET ONGEVAL AAN

Het ingevulde formulier dient worden ingeleverd bij het secretariaat van de vereniging. Zie voor het actuele adres van het secretariaat www.hellas-glana.nl . Vanaf deze site is het registratieformulier eveneens te downloaden.