



mh-partyverhuur.nl

Adres: Westeinde 143
1601 BM Enkhuizen
Telefoon: 02 28 - 32 67 55
06 – 48 64 65 50

Ongevallen Registratieformulier

1. Gegevens huurder

Naam organisatie : _____
Contactpersoon : _____
Telefoon nummer : _____
Betreffende speeltoestel : _____

2. Gegevens gewonde persoon

Naam persoon : _____ J / M
Datum ongeval : _____
Naam ouder : _____
Telefoon numer : _____

3. Zijn er andere personen betrokken bij het ongeval?

- Nee
 Ja, namelijk: _____

4. Waar vond het ongeval plaats?

- Op het speeltoestel Naast het speeltoestel
 Anders, namelijk: _____

5. Hoe is het letsel ontstaan?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ergens vanaf gevallen | <input type="radio"/> Gesneden of geprikt |
| <input type="radio"/> Gestruikeld / uitgegeleden / vertapt | <input type="radio"/> Ergens aan gebrand |
| <input type="radio"/> Ergens tegenaan gestoten | <input type="radio"/> Bekneld geraakt |
| <input type="radio"/> Onderling contact (stoeien / slaan) | <input type="radio"/> Vergiftiging |
| <input type="radio"/> Ergens door geraakt | <input type="radio"/> (bijna) verdrinking |
| <input type="radio"/> Anders, namelijk _____ | |

6. Welk letsel heeft de persoon opgelopen?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Brandwond | <input type="radio"/> Botbreuk |
| <input type="radio"/> Kneuzing / boeduitstorting | <input type="radio"/> Verstuiking / verzwikking |
| <input type="radio"/> Ontwrichting (b.v. choulder uit de kom) | <input type="radio"/> Open wond |
| <input type="radio"/> Anders, namelijk _____ | |

7. Aan welke lichaamsdeel heeft de persoon letsel opgelopen?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Hoofd | <input type="radio"/> Arm / schouder / sleutelbeen |
| <input type="radio"/> Borst / buik | <input type="radio"/> Nek / Hals |
| <input type="radio"/> Vinger / hand / pols | <input type="radio"/> Rug |
| <input type="radio"/> Teen / voet / enkel | <input type="radio"/> Been / heup |
| <input type="radio"/> Anders, namelijk _____ | |

8. Is de persoon na het ongeval behandeld?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Nee | <input type="radio"/> Ja, door | <input type="radio"/> Huisarts |
| | | <input type="radio"/> Spoeteisende hulp van een ziekenhuis |
| | | <input type="radio"/> Opgenomen in een ziekenhuis |
| | | <input type="radio"/> Anders, _____ |

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 volgenss u de oorzaak van het ongeval?

Dit ongevallen formulier is ingevuld door:

Naam: _____ Datum: _____

Handtekening: _____