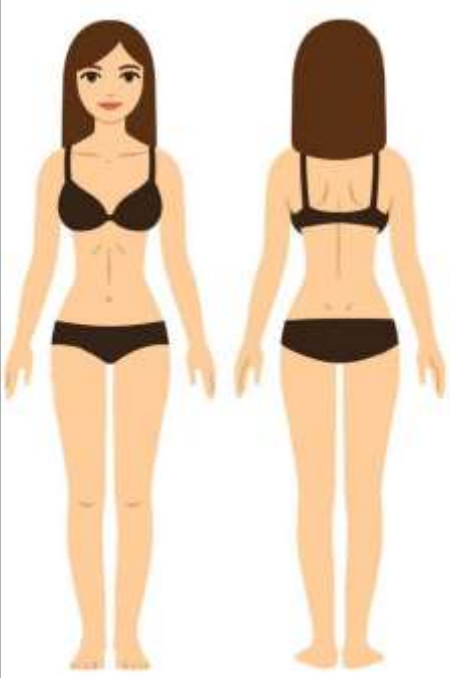
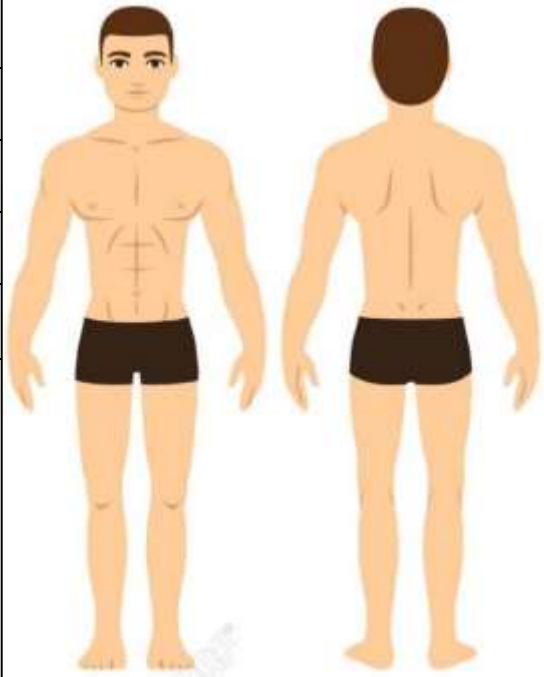


Incident registratie formulier

Voor kleine incidenten, zonder blijvend letsel (zoals kleine bloeding, kneuzing of 1^{ste} graad verbranding) **alleen "pleisterlijst" invullen**

Incident registratie formulier		Ingevuld door:	Datum:
	Naam gewonde persoon: _____ Contactgegevens: _____	Leeftijd: _____ m / v	
	Beschrijving incident: (markeer locatie incident op plattegrond (Z.O.Z.))		
	Datum / tijdstip incident: _____ / _____ Evt bijzonderheden bij toedracht: _____		
	Oorzaak verwonding: Betrokken voorzieningen: _____		
	Eerste hulp door: _____ Evt overgedragen aan: <input type="checkbox"/> huisarts <input type="checkbox"/> ziekenhuis		
	Locatie verwonding op lichaam (Markeer op aanzicht lichaam)		
<input type="checkbox"/> hoofd <input type="checkbox"/> oog <input type="checkbox"/> oor <input type="checkbox"/> neus <input type="checkbox"/> kin <input type="checkbox"/> mond <input type="checkbox"/> schedel	<input type="checkbox"/> torso <input type="checkbox"/> nek <input type="checkbox"/> schouder <input type="checkbox"/> sleutelbeen <input type="checkbox"/> rug <input type="checkbox"/> borst <input type="checkbox"/> buik / maag <input type="checkbox"/> heup	<input type="checkbox"/> arm <input type="checkbox"/> onderarm <input type="checkbox"/> elleboog <input type="checkbox"/> bovenarm <input type="checkbox"/> pols <input type="checkbox"/> hand <input type="checkbox"/> vinger	<input type="checkbox"/> been <input type="checkbox"/> bovenbeen <input type="checkbox"/> knie <input type="checkbox"/> onderbeen <input type="checkbox"/> enkel <input type="checkbox"/> voet <input type="checkbox"/> teen
Benodigde vervolgacties:		Opmerkingen:	

