

(BIJNA-) ONGEVALLERAPPORT		Rapportage nr _____	Datum: ____/____/____	
Gegevens van de getroffene naam : _____ adres : _____ woonplaats : _____ Telefoon : _____ functie : _____ geb. datum : _____ Gegevens project project : _____ direct leid.gevende: _____ paraaf : _____	Behandeling <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Zelf <input type="checkbox"/> BHV of EHBO-er <input type="checkbox"/> Ziekenhuis Soort ongeval: <input type="checkbox"/> Bijna ongeval <input type="checkbox"/> zonder verzuim/ werkverlet <input type="checkbox"/> met verzuim/ werkverlet <input type="checkbox"/> met aangepast werk	Plaats letsel <input type="checkbox"/> hoofd <input type="checkbox"/> romp <input type="checkbox"/> handen <input type="checkbox"/> voeten <input type="checkbox"/> armen <input type="checkbox"/> benen <input type="checkbox"/> ogen <input type="checkbox"/> inwendig <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	soort letsel <input type="checkbox"/> snijwond <input type="checkbox"/> schaafwond <input type="checkbox"/> brandwond <input type="checkbox"/> verstikking <input type="checkbox"/> verrekking <input type="checkbox"/> fractuur <input type="checkbox"/> bedwelming <input type="checkbox"/> vergiftiging <input type="checkbox"/> verdrinking <input type="checkbox"/> _____	
Beschrijving ongeval: _____ _____ _____ _____ _____ Zijn er andere werkgevers, verhuurders of leveranciers bij betrokken: naam: _____ Waren er getuigen van het voorval: naam: _____				
SITUATIE <input type="checkbox"/> onvoldoende beveiligd gereedschap <input type="checkbox"/> onvoldoende beveiligde werklocatie <input type="checkbox"/> defect aan gereedschap <input type="checkbox"/> onveilige constructie <input type="checkbox"/> gevaarlijke install./opstelling <input type="checkbox"/> onvoldoende verlichting <input type="checkbox"/> onvoldoende ventilatie <input type="checkbox"/> onveilige kleding <input type="checkbox"/> gebrek aan orde en netheid <input type="checkbox"/> _____	HANDELING <input type="checkbox"/> niet bevoegd tot bedienen <input type="checkbox"/> niet uitvoeren van opdracht <input type="checkbox"/> uitschakelen beveiligen <input type="checkbox"/> gebruik onveilig gereedschap <input type="checkbox"/> onveilig gebruik gereedschap <input type="checkbox"/> onzorgvuldig gebruik gereedschap <input type="checkbox"/> onveilig/verkeerd laden, stapelen <input type="checkbox"/> innemen onveilige plaats/houding <input type="checkbox"/> werken op/aan gevaarlijke delen <input type="checkbox"/> afleiden, plagen, stoeien <input type="checkbox"/> geen gebruik PBM's <input type="checkbox"/> _____	ORGANISATIE <input type="checkbox"/> onvoldoende kennis personeel <input type="checkbox"/> niet voorzien in werkvoorbereiding <input type="checkbox"/> onjuiste werkmethode <input type="checkbox"/> onvoldoende onderhoud materieel <input type="checkbox"/> onjuiste planning werkzaamheden <input type="checkbox"/> incomplete groep <input type="checkbox"/> onvoldoende overleg in bedrijf <input type="checkbox"/> idem, met onder-/neven aannemer <input type="checkbox"/> incompleet materiaal/materieel <input type="checkbox"/> onjuiste afmeting/kwaliteit materiaal <input type="checkbox"/> onjuiste etikettering/verpakking <input type="checkbox"/> _____		
Beschrijving ongeval/ incident door leidinggevende: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		Direct genomen maatregel: _____ _____ _____ _____ <hr/> Onderzoek vgw Coördinator _____ _____ _____ _____		