



DE GRONDHOEVE
Graaf- en Saneringswerkzaamheden

Registratieformulier ongevallen, incidenten en onveilige situaties

Datum en tijd: _____ - _____ -20_____ : _____ uur

Getuige/betrokkene die registratie invult: _____

Betrokken medewerker: _____
Naam: _____ Functie: _____

Relatie: Vast dienstverband ingehuurd
 Bezoeker

Project / locatie: _____

Het betreft een: Ongeval Bijna-ongeval
 Menselijk leed Milieu- /materiele schade

Omschrijving gebeurtenis: _____

In geval van een ongeval:

Soort letsel:	<input type="checkbox"/>	Geen	<input type="checkbox"/>	Fractuur	<input type="checkbox"/>	Vergiftiging
	<input type="checkbox"/>	Snijwond	<input type="checkbox"/>	Kneuzing	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	Schaafwond	<input type="checkbox"/>	Verstuiking	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	Brandwond	<input type="checkbox"/>	Bedwelming	<input type="checkbox"/>	_____
Plaats van het letsel:	<input type="checkbox"/>	Inwendig	<input type="checkbox"/>	Romp	<input type="checkbox"/>	Arm (L / R)
	<input type="checkbox"/>	Uitwendig	<input type="checkbox"/>	Rug	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	Hoofd	<input type="checkbox"/>	Been (L / R)	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	Oog (L / R)	<input type="checkbox"/>	Voet (L / R)	<input type="checkbox"/>	_____

Bij milieu- en/of materiele schade:

Soort: _____

Zie ook blz. 2



DE GRONDHOEVE
Graaf- en Saneringswerkzaamheden

Registratieformulier ongevallen, incidenten en onveilige situaties

Naam aanwezige BHV'er: _____

Arts / Ziekenhuis bezocht: ja nee

Naam en functie getuigen:
(bij ongeval)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Oorzaak volgens betrokkene:

Oorzaak volgens getuigen:

Aanleiding tot het ongeval of incident:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Onveilig materieel | <input type="checkbox"/> Onveilig gereedschap | <input type="checkbox"/> Onveilig gebruik |
| <input type="checkbox"/> Onbevoegde bediening | <input type="checkbox"/> Uitgeschakelde beveiliging | <input type="checkbox"/> Onjuiste opstelling |
| <input type="checkbox"/> Gebrek aan orde / netheid | <input type="checkbox"/> Onveilige plaats / houding | <input type="checkbox"/> Onveilige constructie |
| <input type="checkbox"/> Niet conform procedure | <input type="checkbox"/> Onvoldoende voorbereiding | <input type="checkbox"/> Geen instructie |
| <input type="checkbox"/> Werkdruk / haast | <input type="checkbox"/> Afgeleid zijn | <input type="checkbox"/> Vermoeidheid |
| <input type="checkbox"/> Onvoldoende ventilatie | <input type="checkbox"/> Onvoldoende verlichting | <input type="checkbox"/> Hitte / koude |
| <input type="checkbox"/> Geen gebruik PBM | <input type="checkbox"/> Onjuiste PBM | <input type="checkbox"/> Defecte PBM |
| <input type="checkbox"/> Overige: | | |

Direct getroffen maatregelen:

Opgemaakt en gezien:

Opgemaakt door:

Naam: _____

Paraaf: _____

Betrokken persoon:

Naam: _____

Paraaf: _____

KVP:

Naam: _____

Paraaf: _____

KVGM-coördinator:

Naam: _____

Paraaf: _____

Later getroffen maatregelen: Structurele maatregelen worden beschreven in een KANS