occirkant
KLEURT ZORG

Aartrijksestraat 77
8211 Aartrijke
+32 50 20 90 32

info@cirkant.evara.be
www.occirkant.be
BTW BE 0406.633.304

ONDERZOEKSFORMULIER ARBEIDSONGEVAL

Aard van de onderneming :
Voorziening voor personen met een beperking
Nace: **87202 NT 88992 DC**

Volgnummer AO:
Slachtoffer naam:
Rrnr:

ONGEVAL: **NORMALE DIENSTUREN**
Datum: ..... **SLACHTOFFER**
Uur: ..... vm: van.....tot.....
Plaats: ..... nm: van.....tot.....

KENNISGEVING: **WERK VERLATEN OM**
Datum:..... Datum:.....
Uur:..... Uur:.....

GEGEVENS VAN HET ONGEVAL

Bezigheid van het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval ?

.....

.....

Wat gebeurde er ? Hoe heeft het ongeval zich voorgedaan ?

.....

.....

Afwijkende gebeurtenis (Vorm van het ongeval) - Code ……

.....

Bij de afwijkende gebeurtenis betrokken voorwerp (Materiële agens) - Code ……

.....

Oorzaken van het ongeval *(factoren die te maken hebben met de mens, uitrusting, omgeving, producten, organisatie)*

.....

.....

Eventuele getuigen:**.....**

Eerste zorgen verstrekt door*: (naam dokter/ ziekenhuis)*.....***om:*****.....uur**

occirkant
KLEURT ZORG

Aartrijksestraat 77
8211 Aartrijke
+32 50 20 90 32

info@cirkant.evara.be
www.occirkant.be
BTW BE 0406.633.304

LETSEL

Soort letsel (Aard van het letsel) - Code ……

……

Verwond deel van het lichaam (Plaats van het letsel) - Code ……

……

Vermoedelijke duur van het werkverlet: **kalenderdagen**

Voorziene blijvende ongeschiktheid: ***%***

PREVENTIE

Getroffen maatregelen om herhaling te vermijden: Code ……; Code ……

……

……

Onderzoek arbeidsongeval door :
Shana Vandaele
Preventieadviseur

⇨ **origineel exemplaar voor preventieadviseur**

Datum :

⇨ **maak kopie voor personeelsadministratie**