

ONDERZOEKSFOMULIER ARBEIDSONGEVAL

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

Volgnummer AO:
Slachtoffer naam:
Rnrnr:

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

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