

Datum		Formulier:	Melding ongevallen met en zonder verzuim / werkverlet
-------	--	------------	---

Gegevens getroffen		Gegevens project	
Naam	:	Nationaliteit:	Project
Adres	:	Geboortedatum	Telefoon
Plaats	:	Burgerlijke staat	Plaats
Land	:	Telefoon	Land
Naam werkgever	:	In dienst sinds	VGWM-
Functie/beroep	:		coördinator
			Bedrijfsleider

Gegevens ongeval				
Datum ongeval	:	<input type="checkbox"/> Verzuim minder dan 1 dag	Plaats letsel:
Tijdstip ongeval	:	<input type="checkbox"/> Verzuim 1 dag of meer	<input type="checkbox"/> Hoofd
EHBO verleend door	:	<input type="checkbox"/> Beroepsziekte	<input type="checkbox"/> Romp
Medische behandeling door	:	<input type="checkbox"/> Blijvend letsel	<input type="checkbox"/> Handen
			<input type="checkbox"/> Dodelijke afloop	<input type="checkbox"/> Voeten
Ziekenhuisopname	:	<input type="checkbox"/> Alleen materiële schade	<input type="checkbox"/> Benen
Naam/adres ziekenhuis	:		<input type="checkbox"/> Armen
			Nadere informatie letsel:	<input type="checkbox"/> Ogen
Materiële schade	:	<input type="checkbox"/> Inwendig
Geschat schade bedrag	:	.....	.....	.....
			<input type="checkbox"/> Snijwond
			<input type="checkbox"/> Schaafwond
			<input type="checkbox"/> Brandwond
			<input type="checkbox"/> Verstuijing
			<input type="checkbox"/> Verrekking
			<input type="checkbox"/> Kneuzing
			<input type="checkbox"/> Fractuur
			<input type="checkbox"/> Bedwelming
			<input type="checkbox"/> Vergiftiging
			<input type="checkbox"/> Verdrinking
			<input type="checkbox"/> Verstikking
			<input type="checkbox"/>

Getuigen (voeg relevante verklaring toe)			
Naam 1 ^e getuige	:	.....	Werkzaam bij het bedrijf
Naam 2 ^e getuige	:	.....	Werkzaam bij het bedrijf
Soort werk tijdens ongeval	:	.....
Is er een ander bij betrokken	:	Ja / nee	In welke zin betrokken
Naam	:	.....
Adres	:	.....

[illegible]

Direct na het ongeval genomen preventieve maatregelen:

.....

.....

.....

.....

.....

Ongeval gemeld aan:				
<input type="checkbox"/> Arbeidsinspectie	Onderzoek ter plekke:	Ja / Nee	<input type="checkbox"/> Aanspr.-verzekering	Paraaf algemeen directeur:
<input type="checkbox"/> Veiligheidskundige	Onderzoek ter plekke:	Ja / Nee	<input type="checkbox"/> Ongevvalsverzekering	
<input type="checkbox"/> VGWM-coördinator van Kost Schoonmaakdienst			<input type="checkbox"/> CAO-Schoonmaak	
<input type="checkbox"/> Arbeidsinspectie d.m.v. formulier				Datum:
<input type="checkbox"/> Loonadministratie / PZ (t.b.v. melding Arbodienst / Uitkeringsinstantie)				.....

Datum: 26-03-2011