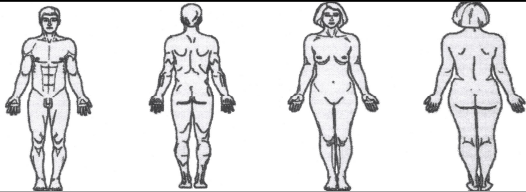


ONGEVALEN/LETSEL-REGISTRATIE		☒ Evenementen EHBO		
Datum:		Plaats:		
Tijdstip: uur minuut		Adres:		
EHBO verleend door (persoon)				
Naam slachtoffer	 m/v		
Adres			
Postcode en woonplaats			
Telefoonnummer			
Geboortedatum of leetijd			
Gebruik medicijnen			
Allergie			
Dit vaker voorgekomen			
Noodzakelijke hulp	<input type="checkbox"/> EHBO	<input type="checkbox"/> Anders, nl:		
	<input type="checkbox"/> Arts		
	<input type="checkbox"/> Ziekenhuis	<input type="checkbox"/> Ambulance Tijdstip: UurMin		
Oorzaak van het ongeval	<input type="checkbox"/> Verstappen/Verzwikken			
	<input type="checkbox"/> Val van gelijk niveau (b.v. uitglijden)			
	<input type="checkbox"/> Val van hoogte (b.v. trap)			
	<input type="checkbox"/> Botsing met andere persoon			
	<input type="checkbox"/> Botsing tegen object/voorwerp			
	<input type="checkbox"/> Vastgezogen of beklemming			
<input type="checkbox"/> Anders nl:				
Locatie activiteit	<input type="checkbox"/> Binnen		<input type="checkbox"/> Buiten	
	<input type="checkbox"/> Anders nl:			
Betrokken producten	<input type="checkbox"/> Vaste materialen, nl:			
	<input type="checkbox"/> Vloestoffen, nl:			
	<input type="checkbox"/> Anders, nl:			
Type letsel	<input type="checkbox"/> Wond	<input type="checkbox"/> Schaafwond	<input type="checkbox"/> Ziekte	
	<input type="checkbox"/> Breuk	<input type="checkbox"/> keuzing		
<input type="checkbox"/> Anders, nl:				
	<input type="checkbox"/> Hoofd	<input type="checkbox"/> Oog	<input type="checkbox"/> Neus	<input type="checkbox"/> Mond
		<input type="checkbox"/> Kin	<input type="checkbox"/> Oor	<input type="checkbox"/> Schedel
	<input type="checkbox"/> Romp	<input type="checkbox"/> Rug	<input type="checkbox"/> Borst	<input type="checkbox"/> Heup
		<input type="checkbox"/> Buik	<input type="checkbox"/> Schouder	
	<input type="checkbox"/> Arm	<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> Vinger	<input type="checkbox"/> Elleboog
	<input type="checkbox"/> Pols	<input type="checkbox"/> Onderarm	<input type="checkbox"/> Bovenarm	
<input type="checkbox"/> Been	<input type="checkbox"/> Teen	<input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> Onderbeen	
	<input type="checkbox"/> Voet	<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> Bovenbeen	
<input type="checkbox"/> Anders, nl:				
Geef plaats van het letsel aan				
Ondernomen acties				
Handtekening SO	Handtekening HV			