

ARBOCOMMISSIE

Bedrijfsongevallenrapport

bedrijf :		intern volgnr. :	
datum :		betrokkene :	
tijdstip :		<input type="checkbox"/> eigen werknemer	<input type="checkbox"/> tijdelijk med. <input type="checkbox"/> onderaannemer
plaats :		melder :	

<input type="checkbox"/> ongeval met persoonlijk letsel	<input type="checkbox"/> brand / milieuschade / grote materiële schade	<input type="checkbox"/> bijna-ongeval / onveilige situatie / onveilige handeling
---	--	---

persoonsgegevens:	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw	leeftijd	dienstjaren
soort ongeval:	<input type="checkbox"/> dodelijk	<input type="checkbox"/> ziekenhuisopname	<input type="checkbox"/> met verzuim	<input type="checkbox"/> zonder verzuim
soort installatie:	<input type="checkbox"/> tractie	<input type="checkbox"/> tractie / machinek.loos	<input type="checkbox"/> hydraulisch	<input type="checkbox"/> roltrap <input type="checkbox"/> nvt.
type werk:	<input type="checkbox"/> nieuwbouw	<input type="checkbox"/> service	<input type="checkbox"/> reparatie	<input type="checkbox"/> modernisering
soort functie:	<input type="checkbox"/> hulpmonteur	<input type="checkbox"/> monteur	<input type="checkbox"/> chefmonteur	<input type="checkbox"/> overige
aard van het letsel:	<input type="checkbox"/> breuk	<input type="checkbox"/> verstuing / verrekking	<input type="checkbox"/> beknelling	<input type="checkbox"/> snijwond
	<input type="checkbox"/> schaafwond	<input type="checkbox"/> brandwond	<input type="checkbox"/> amputatie	<input type="checkbox"/> overig
letsel aan:	<input type="checkbox"/> vinger	<input type="checkbox"/> pols	<input type="checkbox"/> hand	<input type="checkbox"/> arm
	<input type="checkbox"/> voet	<input type="checkbox"/> been	<input type="checkbox"/> oog	<input type="checkbox"/> hoofd
	<input type="checkbox"/> lichaam	<input type="checkbox"/> rug	<input type="checkbox"/> overig	
oorzaak:	<input type="checkbox"/> struikelen	<input type="checkbox"/> vallen	<input type="checkbox"/> elektriciteit	<input type="checkbox"/> bewegende delen
	<input type="checkbox"/> uitglijden	<input type="checkbox"/> handmatig werk	<input type="checkbox"/> gereedschap	<input type="checkbox"/> overig
locatie ongeval:	<input type="checkbox"/> machinekamer	<input type="checkbox"/> liftdeur	<input type="checkbox"/> liftkooi	<input type="checkbox"/> schacht/koidak
	<input type="checkbox"/> roltrap	<input type="checkbox"/> auto	<input type="checkbox"/> bouwplaats	<input type="checkbox"/> overig

Zie blad 2 voor ongevallenanalyse

omschrijving werkzaamheden op dat moment, situatie en toedracht:

genomen maatregelen ter plaatse:

voorstel tot verbetering om verdere gebeurtenissen te voorkomen:

realisatiedatum: _____ afhandeling akkoord: _____

ARBOCOMMISSIE

Ongevallenanalyse (in te vullen door VGM-verantwoordelijke)

Aan de hand van de "5 x Waarom" methode:

1. Waarom heeft het ongeval, het incident, de situatie, of de handeling plaatsgevonden?

2. Waarom _____

3. Waarom _____

4. Waarom _____

5. Waarom _____

Basis: Ongevallentheorie van Lateiner (Bron: VCA-Leerboeken)

