

<b>INCIDENTENVERSLAG</b>		<input type="checkbox"/> arbeidsongeval : <input type="checkbox"/> zonder werkverlet <input type="checkbox"/> werkverlet : .... dagen van..... tot ..... <input type="checkbox"/> aangepast werk : .... dagen van..... tot ..... <input type="checkbox"/> interne verzorging	<input type="checkbox"/> schade <input type="checkbox"/> derden <input type="checkbox"/> installatie <input type="checkbox"/> brand <input type="checkbox"/> explosie <input type="checkbox"/> milieu
naam opsteller			
datum			
datum en uur ongeval			
<b>slachtoffer</b>			
naam en voornaam gekwetste			
naam werkgever			
adres werkgever			
<b>letsel</b>			
aard van letsel			
plaats van letsel			
<b>verzorging</b>			
toegediende verzorging			
EHBO toegediend door			
vervoer dokter of hospitaal			
hospitalisatie vereist			
verzekeringsformulier overhandigd aan dokter : JA - NEEN			
<b>beschrijving van incident</b>			
juiste plaats van gebeuren			
normale taak van betrokkene			
taak op ogenblik van incident			
weersomstandigheden (indien relevant)			
ingeval schade			
uitrusting, arbeidsmiddelen			
grondstoffen (+geschatte hoeveelheid)			
derden			
uitvoerige beschrijving van het incident en de elementen die hiertoe hebben bijgedragen			
bij brand, soort, en aantal gebruikte blusmiddelen			
getuigen (naam en adres)			
aanvullende verklaring			