

19 Is de getroffene een uitzendkracht ? ja neen
 Zo ja, het ondernemingsnummer van de gebruikende onderneming
 Naam
 Adres

20 Werkt de getroffene op het ogenblik van het ongeval in de inrichting van een andere werkgever in het kader van werkzaamheden van een onderneming van buitenaf ⁽¹⁾ ? ja neen
 Zo ja, het ondernemingsnummer van deze andere werkgever
 Naam
 Adres

ONGEVAL

21 Dag van het ongeval datum - - uur min.

22 Datum van kennisgeving aan de werkgever - - uur min.

23 Aard van het ongeval arbeidsongeval ongeval op de weg naar of van het werk

24 Werktijdregeling v/d getroffene op de dag v/h ongeval van u. tot u. en van u. tot u.

25 Plaats van het ongeval
 in de onderneming op het adres vermeld in veld 3
 op de openbare weg. In bevestigend geval, betrof het een verkeersongeval ? ja neen
 op een andere plaats dan de onderneming :
Indien u één van de twee laatste keuzes hebt aangekruist, vermeldt het adres (in geval van een tijdelijke of mobiele werkplaats kan u het beperken tot de postcode en het werfnummer)
 Straat/nummer/bus
 Postcode Gemeente Land
 Werfnummer

26 Waar (omgeving of soort plaats) bevond de getroffene zich toen het ongeval zich voordeed (bijvoorbeeld : onderhoudsruimte, bouwplaats van een tunnel, locatie voor veeteelt, kantoor, school, warenhuis, ziekenhuis, parkeerplaats, sporthal, op het dak van een hotel, particuliere woning, riool, tuin, autoweg, aan boord van een aangemeerd schip, onder water, enz.) ?

27 Bepaal de **algemene activiteit** (soort werk) of de taak (in de ruime zin) die de getroffene aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed : (bijvoorbeeld : verwerking van producten, opslag, grondverzet, nieuwbouw of sloop van een bouwwerk, werk in de landbouw of bosbouw, werk met levende dieren, verzorging, bijstand aan een persoon of aan personen, opleiding, kantoorwerk, inkoop, verkoop, kunst, enz. of de nevenactiviteiten van deze verschillende werkzaamheden, zoals installatie, losmaken, onderhoud, reparatie, schoonmaken, enz.).

28 Bepaal de **specifieke activiteit** die de getroffene aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed (bijvoorbeeld : vullen van de machine, werken met handgereedschap, besturen van een transportmiddel, grijpen, optillen, een voorwerp rollen, een last dragen, een doos sluiten, een ladder opgaan, lopen, gaan zitten, enz.). **EN** de daarbij betrokken **voorwerpen** (bijvoorbeeld : gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.).

29 Aan welk soort werkplek stond het slachtoffer op het moment van het ongeval ? ⁽²⁾
 gebruikelijke werkplek of lokale eenheid
 occasionele of mobiele werkplek of onderweg voor rekening van de werkgever
 andere werkplek

30 Welke **gebeurtenissen** die afwijken van de normale gang van het werk, hebben tot het ongeval geleid ? (bijvoorbeeld : elektrische storing, explosie, vuur, overlopen, kantelen, lekken, gasvorming, barsten, vallen of instorten van voorwerp, abnormaal starten of functioneren van een machine, verlies van controle over een transportmiddel of voorwerp, uitglijden of val van persoon, ongepaste handeling, verkeerde bewegingen, verrassing, schrik, geweldpleging, aangevallen worden, enz.). Vermeld alle gebeurtenissen **EN** de **voorwerpen** die daarbij een rol hebben gespeeld (bijvoorbeeld : gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.).

31	Laatst afwijkende gebeurtenis die tot het ongeval heeft geleid ⁽³⁾	Code ⁽³⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>
32	Voorwerp betrokken bij deze gebeurtenis ⁽³⁾	Code ⁽³⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>
33	Werd er een proces-verbaal opgesteld ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet			
	Zo ja, proces-verbaal met identificatienummer	opgesteld te		
	op <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	door		
34	Kan een derde aansprakelijk gesteld worden voor het ongeval ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet			
	Zo ja, naam en adres			
	Naam en adres van de verzekeraar	Polisnummer		
35	Waren er getuigen aanwezig ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet			
	Zo ja, Naam - Straat/nummer/bus - Postcode - Gemeente - Land	Soort ⁽⁴⁾		
			
			

LETSEL

36	Hoe is de getroffene (fysiek of psychisch) gewond geraakt ? Beschrijf in dalende volgorde van belangrijkheid alle verschillende contacten die de verwondingen hebben veroorzaakt (bijvoorbeeld : contact met elektrische stroom, een warmtebron of gevaarlijke stoffen, verdrinking, bedolven worden, door iets ingesloten worden (gas, vloeistof, vaste materie), verplettering tegen een voorwerp of stoot door een voorwerp, botsing, contact met snijdende of puntige voorwerpen, beknelling of verplettering in, onder of tussen iets, problemen met het bewegingsapparaat, psychische shock, verwonding door dier of mens, enz.). EN de daarbij betrokken voorwerpen , (bijvoorbeeld : gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.).			
			
			
			
37	Soort letsel ⁽³⁾	Code ⁽³⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>
38	Verwond deel van het lichaam ⁽³⁾	Code ⁽³⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VERZORGING

39	Werden medische zorgen verstrekt bij de werkgever ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen			
	Zo ja, datum <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> uur <input type="text"/> min. <input type="text"/>			
	Hoedanigheid van de verstrekker			
	Omschrijving van de verstrekte zorgen			
40	Werden medische zorgen verstrekt door een externe geneesheer ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet			
	Zo ja, datum <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> uur <input type="text"/> min. <input type="text"/>			
	Identificatienummer bij het RIZIV van de externe geneesheer ⁽⁵⁾ <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
	Naam en voornaam van de externe geneesheer			
	Straat/nummer/bus			
	Postcode <input type="text"/> Gemeente			
41	Werden medische zorgen verstrekt in een ziekenhuis ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> weet niet			
	Zo ja, datum <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> uur <input type="text"/> min. <input type="text"/>			
	Identificatienummer bij het RIZIV van het ziekenhuis ⁽⁵⁾ <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
	Benaming van het ziekenhuis			
	Straat/nummer/bus			
	Postcode <input type="text"/> Gemeente			

GEVOLGEN

42	Gevolgen van het ongeval <input type="checkbox"/> geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid en geen prothesen te voorzien			
	<input type="checkbox"/> geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid, wel prothesen te voorzien			
	<input type="checkbox"/> tijdelijke arbeidsongeschiktheid			
	<input type="checkbox"/> blijvende arbeidsongeschiktheid te voorzien			
	<input type="checkbox"/> overlijden, datum van overlijden <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
43	Stopzetting van de beroepsactiviteit - datum <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> uur <input type="text"/> min. <input type="text"/>			
44	Datum van de effectieve werkhervatting <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Indien het werk nog niet is hervat, de waarschijnlijke duur van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid	dagen		

