

Opsteller doet melding van Onveilige situatie Bijna ongeval Ongeval Milieu-incident (ZOZ)

Gegevens project	Project no.	_____	Bedrijfsgegevens	Multimetaal B.V.	_____
	Project	_____		Onderaannemer	_____
	Projectleider	_____		Derde(n)	_____
	Locatie	_____		_____	_____
	Opdrachtgever	_____		_____	_____
	(Hoofd)uitvoerder	_____		_____	_____
Betrokkene / Getroffene	Naam	_____	Tijd omgeving	Datum incident	_____
	Adres	_____		Tijdstip incident	_____
	Woonplaats	_____		Omstandigheden	<input type="checkbox"/> Zonnig <input type="checkbox"/> Regen
	Telefoon	_____		<input type="checkbox"/> Bewolkt <input type="checkbox"/> Windkracht _____	
	Beroep	_____	Klant Registratie	Rapportage klant	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Werkgever	_____		Werkvergunning aanwezig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	Leeftijd	_____		Risico Analyse aanwezig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ervaring	_____				

Gegevens ongeval	Plaats letsel	Soort letsel	EHBO	
<input type="checkbox"/> Pleisterongeval	<input type="checkbox"/> Hoofd	<input type="checkbox"/> Snijwond	EHBO door _____	
<input type="checkbox"/> 1 verzuimdag of meer	<input type="checkbox"/> Romp	<input type="checkbox"/> Schaafwond	Ziekenhuis	<input type="checkbox"/> binnen 24 uur <input type="checkbox"/> na 24 uur <input type="checkbox"/> geen
<input type="checkbox"/> Ernstig letsel	<input type="checkbox"/> Handen	<input type="checkbox"/> Brandwond	Naam ziekenhuis	_____
<input type="checkbox"/> Dodelijk ongeval	<input type="checkbox"/> Benen	<input type="checkbox"/> Verstuinging	Getuigen	_____
<input type="checkbox"/> Alleen materiële schade	<input type="checkbox"/> Armen	<input type="checkbox"/> Verrekking	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inwendig	<input type="checkbox"/> Kneuzing	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ogen	<input type="checkbox"/> Fractuur	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oren	<input type="checkbox"/> Bedwelming	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Voeten	<input type="checkbox"/> Vergiftiging	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Soort werk tijdens (bijna) ongeval _____

Omschrijving (bijna) ongeval _____

Mening van getroffene / melder _____

Oorzaken die hebben bijgedragen tot het (bijna) ongeval

Situatie	Handeling	Organisatie
<input type="checkbox"/> Onvoldoende beveiligd gereedschap	<input type="checkbox"/> Niet bevoegd tot bedienen	<input type="checkbox"/> Onvoldoende kennis personeel
<input type="checkbox"/> Onvoldoende beveiligde werklocatie	<input type="checkbox"/> Niet uitvoeren opdracht	<input type="checkbox"/> Niet voorzien in werkvoorbereiding
<input type="checkbox"/> Defect gereedschap	<input type="checkbox"/> Uitschakelen beveiliging	<input type="checkbox"/> Onjuiste werkmethode
<input type="checkbox"/> Onveilige constructie	<input type="checkbox"/> Gebruik onveilig gereedschap	<input type="checkbox"/> Onvoldoende onderhoud materieel
<input type="checkbox"/> Gevaarlijke installatie/opstelling	<input type="checkbox"/> Onveilig stuwen/stapelen	<input type="checkbox"/> Onjuiste planning werkzaamheden
<input type="checkbox"/> Onvoldoende verlichting	<input type="checkbox"/> Innemen onveilige plaats/houding	<input type="checkbox"/> Incomplete ploeg
<input type="checkbox"/> Onvoldoende ventilatie	<input type="checkbox"/> Werken op/aan gevaarlijke delen	<input type="checkbox"/> Onvoldoende overleg/instructie in bedrijf
<input type="checkbox"/> Onveilige kleding	<input type="checkbox"/> Afleiden/plagen/stoeien	<input type="checkbox"/> idem met onder-/nevenaannemer
<input type="checkbox"/> Gebrek aan orde en netheid	<input type="checkbox"/> Geen gebruik PBM	<input type="checkbox"/> Incomplete materiaal/materieel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Direct genomen maatregelen _____

Voorgestelde maatregelen (ter voorkoming in de toekomst) _____

	<input type="checkbox"/> Oppervlaktewater	Vervuilsbron	_____
	<input type="checkbox"/> Grondwater		_____
	<input type="checkbox"/> Bodem		_____

Omschrijving incident _____

Oorzaak van incident _____

Genomen maatregelen
(ter beperking van schade aan het milieu) _____

Preventieve maatregelen _____

Incident door opsteller gemeld aan	<input type="checkbox"/> Arbeidsinspectie/ SodM	Onderzoek ter plekke	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Politie / brandweer / ambulance	Onderzoek ter plekke	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Autoriteiten	_____		
	<input type="checkbox"/> Opdrachtgever	_____		
	<input type="checkbox"/> Operation manager	_____		
	<input type="checkbox"/> Teamleider project	_____		
Bijlage bij dit rapport gevoegd		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	_____

Rapport opgesteld door Naam _____ Functie _____ Datum _____ Paraaf _____

In te vullen door HSE coördinator

	Datum rapportage	Door
Nader intern veiligheidskundig onderzoek	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	_____

	Datum gemeld	Gesproken met
Door HSE coördinator melding gedaan bij	<input type="checkbox"/> Arbeidsinspectie	_____
	<input type="checkbox"/> Arbodienst	_____
	<input type="checkbox"/> Opdrachtgever	_____
	<input type="checkbox"/> Instanties	_____

Aanbevelingen van HSE coördinator _____

Te nemen acties	_____
Door	_____
Datum gereed	_____
Paraaf actie gereed	_____
Aanpassen Standaard / Taak Risico Analyse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Nr. _____

Kopie ingevuld rapport verzonden aan	<input type="checkbox"/> Algemeen Directeur	Hr. A. Hulsebos / P. Hulsebos
	<input type="checkbox"/> Teamleider	
	<input type="checkbox"/> Personeelszaken	Hr. P. Hulsebos
	<input type="checkbox"/> Verzekeringszaken	Hr. P. Hulsebos
	<input type="checkbox"/> Loonadministratie	
	<input type="checkbox"/> Arbodienst	
Terugkoppeling naar opdrachtgever	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Door _____

Ongevalregister onder nummer _____

Nagekomen informatie over letsel/schade _____

Hervatting werkzaamheden bij ongeval	Datum	_____
	Aantal verzuimdagen	_____