

Óhappaskráning

Grunn- og leikskólar

Nafn barns: _____ Kennitala: _____

Heimilisfang: _____ Sími: _____

Kyn: Stelpa _ Strákur _

Tímasetning óhapps

Dagsetning: _____ Kl. _____ Nafn skóla: _____

Staður óhapps:

Annars staðar úti _____
Á ferðalagi _____
Á leið í/úr skóla _____
Leiktæki/leikfang úti _____
Útisvæði _____
Leiktæki/leikfang inni _____
Innisvæði _____

Um óhappið

Óhappið valdið af öðrum aðila _____
Frá umferð _____
Af vél eða tæki _____
Fall/hras _____
Íþróttir _____
Bruni _____
Högg af / við hlut _____

Skaddaður líkamshluti

Fótleggur _____ Kviður _____
Hné _____ Brjóst _____
Lærleggur _____ Hryggsúla _____
Hönd _____ Háls _____
Handleggur _____ Höfuð _____
Grindarbotn _____

Aðhlynning – meðferð hjá:

Tannlækni _____
Augnlækni _____
Heilsugæslustöð _____
Slysadeild _____
Starfsmanni _____
Öðrum _____

Stutt lýsing á óhappi: