

NAAM ZIEKENHUIS:  
ZIEKENHUISGROEP/NETWERK:  
TELEFOON:  
EMAIL:

REGISTRATIEFORMULIER SLACHTOFFER  
(papieren versie)  
DATUM:  
LIJSTNUMMER:



Registreer per slachtoffer onderstaande gegevens. Het is ook mogelijk om in de linker kolom een sticker met gegevens te klevén.

1	Naam + voornaam: Uur - in: <input type="text"/> u <input type="text"/> Mettagnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Triagecode: T1 <input type="text"/> T2 <input type="text"/> T3 <input type="text"/> † <input type="text"/> Geslacht: M <input type="text"/> V <input type="text"/> ? <input type="text"/> Geboortedatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationaliteit: B <input type="text"/> Andere: <input type="text"/>	(sticker/label ziekenhuis)
2	Naam + voornaam: Uur - in: <input type="text"/> u <input type="text"/> Mettagnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Triagecode: T1 <input type="text"/> T2 <input type="text"/> T3 <input type="text"/> † <input type="text"/> Geslacht: M <input type="text"/> V <input type="text"/> ? <input type="text"/> Geboortedatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationaliteit: B <input type="text"/> Andere: <input type="text"/>	(sticker/label ziekenhuis)
3	Naam + voornaam: Uur - in: <input type="text"/> u <input type="text"/> Mettagnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Triagecode: T1 <input type="text"/> T2 <input type="text"/> T3 <input type="text"/> † <input type="text"/> Geslacht: M <input type="text"/> V <input type="text"/> ? <input type="text"/> Geboortedatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationaliteit: B <input type="text"/> Andere: <input type="text"/>	(sticker/label ziekenhuis)
4	Naam + voornaam: Uur - in: <input type="text"/> u <input type="text"/> Mettagnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Triagecode: T1 <input type="text"/> T2 <input type="text"/> T3 <input type="text"/> † <input type="text"/> Geslacht: M <input type="text"/> V <input type="text"/> ? <input type="text"/> Geboortedatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationaliteit: B <input type="text"/> Andere: <input type="text"/>	(sticker/label ziekenhuis)
5	Naam + voornaam: Uur - in: <input type="text"/> u <input type="text"/> Mettagnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Triagecode: T1 <input type="text"/> T2 <input type="text"/> T3 <input type="text"/> † <input type="text"/> Geslacht: M <input type="text"/> V <input type="text"/> ? <input type="text"/> Geboortedatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nationaliteit: B <input type="text"/> Andere: <input type="text"/>	(sticker/label ziekenhuis)

Gegevens snel doorsturen naar [cip-ctd@gezondheid.belgie.be](mailto:cip-ctd@gezondheid.belgie.be) in het beschikbaar gestelde digitale formulier.

Daar worden deze gegevens vertrouwelijk behandeld, onder de bevoegdheid van de Federale Gezondheidsinspecteur (FGI).