

ZÁZNAM O ÚRAZU

IČO
 Resort
 Podnik

Závod
 Provoz
 Sídlo závodu
 Okres
 Kraj

Svaz odborů

1	Jméno a příjmení Stav Bydliště	Datum narození den měsíc rok rodné číslo počet nezaopatřených dětí
2	Vztah zraněného k závodu (zaměstnanec, člen ZD, brigádník apod.) Je zraněný v závodě nemocensky pojištěn? ANO – NE Pracoviště zraněného Druh vykonávané práce (funkce) Tuto práci koná v závodě roků měsíců	
3	Měl zraněný požadovanou kvalifikaci pro práci, při níž došlo k úrazu, případně byl poučen o správném pracovním postupu? ANO – NE Byl zraněný instruován o bezpečnosti při práci, kterou právě vykonává? ANO – NE Kdy naposled (datum) Instruktaž provedl	
4	Hodina den měsíc rok úrazu. Od počátku směny zraněný odpracoval hodin. Druh zranění nebo poškození Zraněná část těla Místo kde došlo k úrazu	
5	Jde o úraz těžký? ANO – NE Jde o úraz hromadný? ANO – NE Kolik osob bylo současně zraněno Jde o úraz smrtelný? ANO – NE Zraněný zemřel ihned? ANO – NE Nebo později (datum)	
6	Jaký úkon zraněný prováděl v okamžiku úrazu?	
7	Popište, jak došlo k úrazu?	
8	Název zdroje úrazu: stroj (značka, výkon, rok výroby, zařízení, nářadí, materiál, energie (napětí, tlak, teplota), látka). Má-li zdroj součástí, uveďte se i jeho součást.	

Co bylo v době úrazu na pracovišti v nesprávném nebo nebezpečném stavu a který předpis (norma) byl porušen závodem?

Co zraněný dělal nesprávným nebo nebezpečným způsobem a který předpis (normu) svým jednáním porušil?

9 Byl úraz způsoben nebo ovlivněn jinou osobou (kterou – jméno a adresa) nebo vznikl následkem spolupůsobení přírodních živlů nebo zvířat?

Jaká škoda vznikla závodu?

Utrpěl zraněný škodu na věcech a jakou?

Podpis zraněného

Podpis zraněného

.....

Podpis funkcionáře odborů

Podpisy svědků úrazu

Vyšetření úrazu bylo provedeno a záznam sepsán

.....

den měsíc rok

.....

--	--

Pro odstranění příčiny úrazu provede vedení závodu tato opatření:

a) organizační a technická

10 b) výchovná

.....
podpis vedoucího

11 Vyjádření ZV odborové organizace, event. komise k navrženým opatřením v rubrice 10:

12 Záznam o kontrole provedených opatření:

Adresa ÚNZ (nemocnice), kde byl zraněný ošetřen (léčen)

13 Vyplní pouze ZD: Má zraněný nárok na výplatu nemocenského podle zákona? ANO – NE
Má zraněný nárok na podporu ze sociálního fondu ZD? ANO – NE

Výše zálohy vyplácené členům ZD na 1 pracovní jednotku v Kč v době úrazu pracovníka.

Výše plánované odměny včetně naturálií na 1 pracovní jednotku členům ZD v roce úrazu v Kč