

ZÁZNAM O ÚRAZU

Evidenční číslo záznamu:

A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého k úrazu došlo:

| | |
|---|---|
| 1. Název zaměstnavatele a sídlo (adresa): | 2. Předmět podnikání (OKEČ): |
| | 3. Místo, kde k úrazu došlo: |
| | 4. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm postiženého? <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| 5. Činnost, při které k úrazu došlo: | |

B. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je postižený v pracovněprávním vztahu (liší-li se od údajů uvedených nahoře):

| | |
|--|------------------------------|
| 1. Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa): | 2. Předmět podnikání (OKEČ): |
|--|------------------------------|

C. Údaje o postiženém:

| | | |
|---|---|---------|
| 1. Jméno a příjmení: | Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena | |
| 2. Datum narození: | 3. Státní příslušnost: | |
| 4. Adresa trvalého pobytu: | 5. Adresa doručování: | |
| 6. Druh práce: | | |
| 7. Délka trvání pracovněprávního vztahu u zaměstnavatele: | roků: | měsíců: |
| 8. Postižený je: <input checked="" type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru <input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr | | |
| 9. Měl postižený kvalifikaci pro výkon práce, při které došlo k úrazu? <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | | |

Evidenční číslo záznamu:

D. Údaje o úrazu:

| | | |
|---|--|----------------------------------|
| 1. Datum a hodina úrazu | 2. Začátek směny: | 3. Počet zraněných osob celkem: |
| 4. Druh zranění a zraněná část těla: | | |
| 5. Druh úrazu: | <input type="checkbox"/> smrtelný | <input type="checkbox"/> ostatní |
| 6. Co bylo zdrojem úrazu? <i>(Je možné označit více zdrojů)</i> | | |
| <input type="checkbox"/> dopravní prostředek | <input type="checkbox"/> průmyslové škodliviny, chemické látky, biologické činitele | |
| <input type="checkbox"/> kontakt se strojním zařízením nebo jeho částí | <input type="checkbox"/> horké látky a předměty; oheň a výbušniny | |
| <input type="checkbox"/> materiál, břemena, předměty (pád, přiražení, odlétnutí, náraz, zavalení) | <input type="checkbox"/> lidé, zvířata nebo přírodní živly | |
| <input type="checkbox"/> pád na rovině, z výšky, do hloubky, propadnutí | <input type="checkbox"/> jiný, blíže nespecifikovaný zdroj | |
| <input type="checkbox"/> nástroj, přístroj, nářadí | | |
| 7. Proč k úrazu došlo (příčiny)? <i>(Je možné označit více příčin)</i> | | |
| <input type="checkbox"/> pro nedostatečné osobní zajištění zaměstnance včetně osobních ochranných prac. prostředků | <input type="checkbox"/> pro porušení pracovní kázně postiženým | |
| <input type="checkbox"/> pro poruchu nebo vadný stav některého ze zdrojů úrazu | <input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele | |
| <input type="checkbox"/> pro špatně nebo nedostatečně odhadnuté riziko | <input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod | |
| <input type="checkbox"/> pro závady na pracovišti | | |
| 8. Vyčerpávající popis příčin a okolností, za nichž došlo k úrazu: <i>(v případě potřeby připojte další list)</i> | | |
| 9. Uveďte jaké předpisy byly v souvislosti s úrazem porušeny a kým: <i>(v případě potřeby připojte další list)</i> | | |

Datum a podpis postiženého:
(podle možnosti)

Datum, jméno a příjmení
a podpisy svědků úrazu,
popřípadě zástupce
odborového orgánu nebo
zástupce pro bezpečnost
a ochranu zdraví při práci

Datum, jméno a příjmení,
funkce a podpis
zaměstnavatele: