

ZÁZNAM O ÚRAZU

Typ úrazu (označte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evidenční číslo záznamu (inspekce práce, báňská správa)	
	smrtelný pracovní úraz	s hospitalizací delší než 5 dnů	ostatní	Interní evidenční číslo (u zaměstnavatele)	

A ZAMĚSTNAVATEL, U NĚHOŽ BYL ZAMĚSTNANEC V PRACOVNÍM POMĚRU

IČ		Předmět podnikání (u něhož k úrazu došlo; CZ-NACE)	
Firma (název)		Místo úrazu (uveďte se typ pracoviště, kde úrazem postižený zaměstnanec byl nebo pracoval těsně před úrazem a kde došlo k úrazu)	
Sídlo (adresa)		Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm zaměstnance?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

B ZAMĚSTNAVATEL, U NĚHOŽ K ÚRAZU DOŠLO

IČ		Jedná se o zaměstnavatele uvedeného v části „A“?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pokud „ano“, nevyplňujte další údaje v této části.
Firma (název)		Předmět podnikání (u něhož k úrazu došlo; CZ-NACE)		
Sídlo (adresa)		Místo úrazu (uveďte se typ pracoviště, kde úrazem postižený zaměstnanec byl nebo pracoval těsně před úrazem a kde došlo k úrazu)		

C ÚRAZEM POSTIŽENÝ ZAMĚSTNANEC

Příjmení a jméno		Pohlaví	<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena
Rodné číslo (nebo datum narození)		Úrazem postižený je	<input type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru
Státní občanství			<input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr
Druh práce (KZAM)			<input type="checkbox"/> osoba vykonávající činnosti nebo poskytující služby mimo pracovní poměr (§12 zákona 309/2006 Sb.)
Trvání pracovního poměru	roků: <input type="text"/> měsíců: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> zaměstnanec agentury práce nebo dočasně přidělený zaměstnanec za účelem prohloubení kvalifikace u jiné právnické nebo fyzické osoby (§38 zákona 95/2004 Sb. nebo §91a zákona 96/2004 Sb.)
Činnost, při které došlo k úrazu (hlavní typ práce s určitou délkou trvání [např. svařování plamenem], nikoli konkrétní úkon [např. zapálení plamene])		Trvání dočasné pracovní neschopnosti následkem úrazu	od: <input type="text"/> do: <input type="text"/> → kalendářních dnů: <input type="text"/>

D ÚDAJE O ÚRAZU

Datum a čas úrazu	datum: <input type="text"/> <input type="text"/> hodina: <input type="text"/> <input type="text"/>	Zdroj úrazu	<input type="checkbox"/> dopravní prostředek
Datum úmrtí zaměstnance			<input type="checkbox"/> stroje a zařízení přenosná nebo mobilní
Odpracovaných hodin před úrazem			<input type="checkbox"/> materiál, břemena, předměty (pád, přiražení, odletnutí, náraz, zavalení)
Druh úrazu (uveďte se následek zranění, např. zlomenina, řezné poranění, traumatická amputace, pohmoždění, popálení, otrava, utonutí)			<input type="checkbox"/> pád na rovině, z výšky, do hloubky, propadnutí
Zraněná část těla			<input type="checkbox"/> nástroj, přístroj, nářadí
Počet zraněných osob celkem			<input type="checkbox"/> průmyslové škodliviny, chemické látky, biologické činitele
		<input type="checkbox"/> horké látky a předměty, oheň a výbušniny	
		<input type="checkbox"/> stroje a zařízení stabilní	
		<input type="checkbox"/> lidé, zvířata nebo přírodní živly	
		<input type="checkbox"/> elektrická energie	
		<input type="checkbox"/> jiný blíže nespécifikovaný zdroj	<input type="text"/>

D

ÚDAJE O ÚRAZU - POKRAČOVÁNÍ

Příčina úrazu	<input type="checkbox"/> porucha nebo vadný stav některého ze zdrojů úrazu <input type="checkbox"/> špatné nebo nedostatečné vyhodnocení rizika <input type="checkbox"/> závady na pracovišti <input type="checkbox"/> nedostatečné osobní zajištění zaměstnance včetně osobních ochranných pracovních prostředků <input type="checkbox"/> porušení předpisů vztahujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele úrazem postiženého zaměstnance <input type="checkbox"/> nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele <input type="checkbox"/> jiný blíže nespecifikovaný důvod	Popis úrazového děje, rozvedení popisu místa, příčin a okolností, za nichž došlo k úrazu (v případě potřeby připojte další list)					
	Alkohol nebo návyková látka?		<input type="checkbox"/> ano, zjištěn <input type="checkbox"/> ne, nezjištěn				
Uvedte, jak předpisy byly v souvislosti s úrazem porušeny a kým (pokud bylo porušení do doby odeslání záznamu zjištěno) (v případě potřeby připojte další list)	Porušení předpisů se týká právních i ostatních předpisů a konkrétních pokynů k zajištění BOZP daných vedoucími zaměstnanci, nadřízenými ve smyslu §349, odst. 1 a 2 zákoníku práce.						
		Opatření přijatá k zabránění opakování pracovního úrazu					

E

VYJÁDŘENÍ ÚRAZEM POSTIŽENÉHO ZAMĚSTNANCE A SVĚDKŮ ÚRAZU

	Úrazem postižený zaměstnanec	Datum	Podpis
	Svědci	Jméno a datum	Podpis
		Jméno a datum	Podpis
		Jméno a datum	Podpis
	Zástupce zaměstnanců pro BOZP	Jméno a datum	Podpis
	Zástupce odborové organizace	Jméno a datum	Podpis
	Za zaměstnavatele	Jméno a datum	Podpis
Pracovní zařazení			

Stručný postup při zpracování záznamu o úrazu

- **ohlášení pracovního úrazu** (bez odkladu): policie ČR dle místa úrazu při podezření na spáchání trestného činu; oblastní inspektorát práce (při předpokládané nebo skutečné hospitalizaci delší než 5 dnů); zaměstnavatel zaměstnance; zdravotní pojišťovna zaměstnance
- **vypracování záznamu o úrazu** (neprodleně, nejpozději do 5 pracovních dnů)
- **odeslání** (do 5. dne následujícího měsíce, u smrtelného pracovního úrazu do 5 dnů): policie ČR dle místa úrazu při podezření na spáchání trestného činu nebo při smrtelném pracovním úrazu; oblastní inspektorát práce; zdravotní pojišťovna zaměstnance
- **odeslání úrazové pojišťovně zaměstnavatele** (po kompletaci podkladů k odškodnění)