|  |  |
| --- | --- |
| Zaměstnavatel postiženého: | **Pojišťovna postiženého:** |
| **Jméno a příjmení postiženého**: | **Datum narození**: |
| **Osobní číslo**: | **Bydliště**:  | **Profese**: |
| Hodina ........................, den ........................, měsíc ........................, rok ........................ úrazu.Od začátku směny odpracováno………………………..hodinDruh zranění a zraněná část těla: ………………………………………………………………………………………………… |
| Celkový počet zraněných osob: | Ošetřen u lékaře: ano – ne  | Zkouška na alkohol: ano – ne  | Výsledek zkoušky: |
| **Druh pracovního úrazu**:  |  bez pracovní neschopnosti s pracovní neschopností do 3 kalendářních  dnů |  s pracovní neschopnosti nad 3 kalendářní dny s hospitalizací nad 5 dnů smrtelný pracovní úraz |
| Datum sepsání záznamu o úrazu: | Hlášení změn: ANO – NE | Pracovní neschopnost: od…………do..……… |
| Místo úrazu: |
| Činnost, při níž k úrazu došlo: |
| **Popis úrazového děje:** |
| **Co bylo zdrojem úrazu?** *(je možné označit více zdrojů)*  **\*)** dopravní prostředek stroje a zařízení přenosná nebo mobilní materiál, břemena, předměty (pád, přiražení, odlétnutí, náraz, zavalení) pád na rovině, z výšky, do hloubky, propadnutí nástroj, přístroj, nářadí |  průmyslové škodliviny, chemické látky, biologičtí činitele horké látky a předměty, oheň a výbušniny stroje a zařízení stabilní lidé, zvířata nebo přírodní živly elektrická energie jiný, blíže nespecifikovaný důvod |
| **Proč k úrazu došlo (příčiny)?** *(je možné označit více příčin* **\*)** pro poruchu nebo vadný stav některého ze zdrojů úrazu pro špatně, nebo nedostatečné vyhodnocení rizika pro závady na pracovišti pro nedostatečné osobní zajištění zaměstnance včetně osobních  ochranných pracovních prostředků |  pro porušení předpisů vztahujících se k práci nebo  pokynů zaměstnavatele úrazem postiženého zaměstnance pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského  činitele pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod |
| **Jaké předpisy byly v souvislosti s úrazem porušeny a kým:** |
| **Opatření přijatá k zabránění opakování pracovního úrazu:** |
| **Jména svědků úrazu, osobní číslo, popř. datum narození, popř. adresa bydliště:** |
| **Jméno a příjmení nadřízeného:** |
| **Úraz prošetřil a zaznamenal:** dne: Odborně způsobilá osoba v prevenci rizik – bezpečnostní technik |