

D. Údaje o úrazu

| | |
|---|--|
| 1. Datum úrazu: Hodina úrazu: Datum úmrtí úrazem postiženého zaměstnance: | 2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu: |
| 3. Druh zranění: | 4. Zraněná část těla: |
| 5. Počet zraněných osob celkem: | |
| 6. Co bylo zdrojem úrazu? <input type="checkbox"/> dopravní prostředek <input type="checkbox"/> stroje a zařízení přenosná nebo mobilní <input type="checkbox"/> materiál, břemena, předměty (pád, přiražení, odlétnutí, náraz, zavalení) <input type="checkbox"/> pád na rovině, z výšky, do hloubky, propadnutí <input type="checkbox"/> nástroj, přístroj, nářadí | <input type="checkbox"/> průmyslové škodliviny, chemické látky, biochemické 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 nespecifikovaný zdroj a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Proč k úrazu došlo? (příčiny) <input type="checkbox"/> pro poruchu nebo vadný stav některého ze zdrojů úrazu <input type="checkbox"/> pro špatné nebo nedostatečné vyhodnocení rizika <input type="checkbox"/> pro závady na pracovišti | <input type="checkbox"/> pro nedostatečné osobní zajištění zaměstnance včetně osobních ochranných pracovních prostředků <input type="checkbox"/> pro porušení předpisů vztahujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele úrazem postiženého zaměstnance <input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele <input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Byla u úrazem postiženého zaměstnance zjištěna přítomnost alkoholu nebo jiných návykových látek? | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| 9. Popis úrazového děje, rozvedení popisu místa, příčin a okolností, za nichž došlo k úrazu. a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 10. Uvedte, jaké předpisy byly v souvislosti s úrazem porušeny a kým, pokud bylo jejich porušení do doby odeslání záznamu zjištěno. | |
| 11. Opatření přijatá k zabránění opakování pracovního úrazu: | |

E. Vyjádření úrazem postiženého zaměstnance a svědků úrazu

| Typ osoby | Datum | Jméno, příjmení a podpis |
|--|-------|--------------------------|
| Úrazem postižený zaměstnanec | | |
| Svědci | | |
| Zástupce zaměstnanců pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci | | |
| Zástupce odborové organizace | | |
| Za zaměstnavatele | | |
| Pracovní zařazení: | | |

| | |
|--|--|
| Vyberte oblastní inspektorát práce (OIP) nebo obvodní báňský úřad (OBÚ): | |
|--|--|