

# Kniha úrazů

Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa): .....

.....

Identifikační číslo (IČ): .....

Kniha úrazů je pro účel evidence pracovních úrazů zavedena do užívání dne: .....

Kniha obsahuje 20 číslovaných stran a bude trvale uložena u .....



➤ **Před zápisem úrazu je nutné prověřit, zda se jedná o úraz pracovní, dle níže uvedených kritérií.**

- Pracovním úrazem je poškození na zdraví nebo smrt zaměstnance, ke kterým došlo při plnění jeho pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním nezávisle na jeho vůli, krátkodobým, náhlým a násilným působením vnějších vlivů a to nejen mechanických, ale i chemických (např. v případě náhlých otrav) a psychických.
- **Pracovním úrazem není úraz, který se zaměstnanci přihodil na cestě do zaměstnání a zpět.**
- Plnění pracovních úkolů - výkon pracovních povinností vyplývajících z pracovního poměru, jiná činnost vykonávaná na příkaz zaměstnavatele a činnost, která je předmětem pracovní cesty. Plněním pracovních úkolů je též činnost konaná pro zaměstnavatele na podnět odborové organizace, rady zaměstnanců, popřípadě zástupce pro oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci nebo ostatních zaměstnanců, popřípadě i činnost konaná pro zaměstnavatele z vlastní iniciativy, pokud k ní zaměstnanec nepotřebuje zvláštní oprávnění nebo ji nekoná proti výslovnému zákazu zaměstnavatele, jakož i dobrovolná výpomoc organizovaná zaměstnavatelem.
- Přímá souvislost s plněním pracovních úkolů - v přímé souvislosti s plněním pracovních úkolů jsou úkony potřebné k výkonu práce a úkony během práce obvyklé nebo nutné před počátkem práce nebo po jejím skončení a úkony obvyklé v době přestávky na jídlo a oddech konané v objektu zaměstnavatele. Takovými úkony však nejsou cesta do zaměstnání a zpět, stravování, ošetření, popřípadě vyšetření ve zdravotnickém zařízení, ani cesta k nim a zpět, pokud není konána v objektu zaměstnavatele. Vyšetření ve zdravotnickém zařízení prováděné na příkaz zaměstnavatele nebo vyšetření v souvislosti s noční prací, ošetření při první pomoci a cesta k nim a zpět jsou úkony v přímé souvislosti s plněním pracovních úkolů. Za činnost v přímé souvislosti s plněním pracovních úkolů se považuje též školení zaměstnanců zaměstnavatele organizované zaměstnavatelem nebo odborovou organizací, popřípadě orgánem nadřízeným zaměstnavateli, kterým se sleduje zvyšování jejich odborné připravenosti. Jako pracovní úraz se posuzuje též úraz, který zaměstnanec utrpěl pro plnění pracovních úkolů.
- Cesta do zaměstnání a zpět - cesta z místa zaměstnancova bydliště (ubytování) do místa vstupu do objektu zaměstnavatele nebo na jiné místo určené k plnění pracovních úkolů a zpět; u zaměstnavatelů v lesnictví, zemědělství a stavebnictví také cesta z bydliště na určené shromaždiště a zpět. Cesta z obce bydliště zaměstnance na pracoviště nebo do místa ubytování v jiné obci, která je cílem pracovní cesty, pokud není současně obcí jeho pravidelného pracoviště, a zpět se posuzuje jako nutný úkon před počátkem práce nebo po jejím skončení.
- Tato kniha slouží k zápisu pracovních úrazů tak, aby zápis obsahoval všechny potřebné údaje k sepsání záznamu o úrazu.
- **Dále tato kniha slouží i k zápisu úrazů zaměstnanců jiných zaměstnavatelů než jak je uvedeno na titulní straně.**

Tabulka č. 1

Klasifikace druhu zranění podle metodiky Evropské statistiky pracovních úrazu (ESAW)			
Číselný kód	Druh zranění	Číselný kód	Druh zranění
000	Neznámý nebo neurčený druh zranění	070	Otravy a infekce
010	Rány a povrchová zranění	071	Akutní otravy
011	Povrchové zranění	072	Akutní infekce
012	Otevřené rány	079	Jiné typy otrav a infekcí
019	Jiné typy ran a povrchových zranění	080	Tonutí a dušení
020	Zlomeniny kostí	081	Dušení
021	Zavřené zlomeniny	082	Tonutí bez smrtelných následků
022	Otevřené zlomeniny	089	Jiné typy tonutí a dušení
029	Jiné typy zlomenin kostí	090	Účinky zvuku, vibrací a tlaku
030	Vykloubení, vyvrtnutí, natažení	091	Akutní ztráta sluchu
031	Vykloubení nebo neúplné vykloubení	092	Působení tlaku (barotrauma)
032	Vyvrtnutí nebo natažení	099	Jiné účinky zvuku, vibrací a tlaku
039	Jiné typy vykloubení, vyvrtnutí, natažení	100	Účinky extrémních teplot, světla a ozáření
040	Traumatická amputace (ztráta části těla)	101	Úpal z tepla a slunečního záření
050	Otřes mozku a vnitřní zranění	102	Účinky ozáření (netepelné)
051	Otřes mozku a vnitřní zranění	103	Účinky snížené teploty
052	Vnitřní zranění	109	Jiné účinky extrémních teplot, světla a ozáření
059	Jiné typy otřesů mozku a vnitřních zranění	110	Šok
060	Popáleniny, opařeniny a omrzliny	111	Šoky po agresích a hrozbách
061	Popáleniny a opařeniny (tepelné)	112	Traumatické šoky
062	Chemické popáleniny (poleptání)	119	Jiné typy šoků
063	Omrzliny	120	Vícenásobné zranění
069	Jiné typy popálenin, opařenin a omrzlin	999	Jiná specifická zranění nezahrnutá do jiných kategorií

Tabulka č. 2

Klasifikace pro zraněnou část těla podle metodiky Evropské statistiky pracovních úrazů (ESAW)			
Číselný kód	Zraněná část těla	Číselný kód	Zraněná část těla
00	Zraněná část těla nspecifikovaná	50	Horní končetiny bez podrobnějšího rozlišení
10	Hlava bez podrobnějšího rozlišení, dále nspecifikovaná	51	Rameno a ramenní klouby
11	Hlava, mozek, lebeční nervy a cévy	52	Ruka včetně lokte
12	Tvář	53	Ruka od zápěstí dolů
13	Oko	54	Prst
14	Ucho	55	Zápěstí
15	Zuby	58	Horní končetiny - více postižených oblastí
18	Hlava - více postižených oblastí	59	Horní končetiny - jiné části výše neuvedené
19	Hlava - jiné části výše neuvedené	60	Dolní končetiny bez podrobnějšího rozlišení
20	Krk včetně páteře a krčních obratlů	61	Bedra, bederní klouby
21	Krk včetně páteře a krčních obratlů	62	Noha včetně kolena
29	Krk - jiné části dosud neuvedené	63	Kotník
30	Záda včetně páteře a zádových obratlů	64	Noha od kotníku dolů
31	Záda včetně páteře a zádových obratlů	65	Prst na noze
39	Záda - jiné části výše neuvedené	68	Dolní končetiny - více postižených oblastí
40	Trup a orgány bez podrobnějšího rozlišení	69	Dolní končetiny - jiné části výše neuvedené
41	Hrudní koš, žebra včetně kloubů a lopatek	70	Celé tělo a více oblastí bez podrobnějšího rozlišení
42	Oblast hrudníku včetně orgánů	71	Celé tělo (systémové účinky)
43	Pánevní a břišní oblast včetně orgánů	78	Tělo - více postižených oblastí
48	Trup - více postižených oblastí	79	Tělo - jiná zraněná část těla výše neuvedená
49	Trup - jiné části výše neuvedené		

**A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je postižený v pracovněprávním vztahu (liší-li se od údajů uvedených na přední straně):**

Poznámka: vyplňuje se u zaměstnance jiného zaměstnavatele

1. Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa):
2. Telefon:

**B. Údaje o postiženém:**

Poznámka: u zaměstnance jiného zaměstnavatele se vyplní pouze B1, B2 a B4

1. Jméno a příjmení:	
2. Datum narození:	
3. Druh práce:	
4. Postižený je:	<input type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru <input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr <input type="checkbox"/> zaměstnanec jiného zaměstnavatele
5. Měl postižený kvalifikaci pro výkon práce, při které došlo k úrazu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

**C. Údaje o úrazu:**

1. Datum a hodina úrazu:
2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu:

3. Počet zraněných osob celkem:
4. Číselný kód a druh zranění ( podle tabulky č. 1)
5. Číselný kód a zraněná část těla ( podle tabulky č. 2 )
6. Druh úrazu: <input type="checkbox"/> smrtelný <input type="checkbox"/> ostatní
7. Činnost, při které k úrazu došlo:
8. Místo kde k úrazu došlo:
9. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm postiženého? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
10. Co bylo zdrojem úrazu? (je možné označit více zdrojů) <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, 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 nespecifikovaný zdroj
11. Proč k úrazu došlo (příčiny)? (je možné označit více příčin) <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 OOPP <input type="checkbox"/> pro porušení předpisů vtažujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele <input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele <input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod

12. Popis úrazového děje:  
( v případě potřeby připojte další list)

#### D. Potvrzující údaje

Postižený svým níže uvedeným podpisem stvrzuje, že byl před vyšetřováním příčin a okolností vzniku pracovního úrazu zaměstnavatelem poučen o jeho povinnosti vypovídat pravdivě a nic nezamlčet a o právních následcích nepravdivé nebo neúplné výpovědi a rovněž čestně prohlašuje, že jeho výpověď byla úplná a pravdivá.

Datum a podpis postiženého (podle možnosti) <sup>1)</sup>:

---

Svědci čestně prohlašují a svým níže uvedeným podpisem stvrzují, že jejich výpověď byla úplná a pravdivá.

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

---

---

---

---

---

Datum, jméno a příjmení, pracovní zařazení a podpis zapisujícího zaměstnance:

---

<sup>1)</sup> Datum podpisu je současně datem hlášení úrazu

**A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je postižený v pracovněprávním vztahu (liší-li se od údajů uvedených na přední straně):**

Poznámka: vyplňuje se u zaměstnance jiného zaměstnavatele

1. Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa):
2. Telefon:

**B. Údaje o postiženém:**

Poznámka: u zaměstnance jiného zaměstnavatele se vyplní pouze B1, B2 a B4

1. Jméno a příjmení:	
2. Datum narození:	
3. Druh práce:	
4. Postižený je:	<input type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru <input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr <input type="checkbox"/> zaměstnanec jiného zaměstnavatele
5. Měl postižený kvalifikaci pro výkon práce, při které došlo k úrazu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

**C. Údaje o úrazu:**

1. Datum a hodina úrazu:
2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu:

3. Počet zraněných osob celkem:
4. Číselný kód a druh zranění ( podle tabulky č. 1)
5. Číselný kód a zraněná část těla ( podle tabulky č. 2 )
6. Druh úrazu: <input type="checkbox"/> smrtelný <input type="checkbox"/> ostatní
7. Činnost, při které k úrazu došlo:
8. Místo kde k úrazu došlo:
9. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm postiženého? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
10. Co bylo zdrojem úrazu? (je možné označit více zdrojů) <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, 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 nespecifikovaný zdroj
11. Proč k úrazu došlo (příčiny)? (je možné označit více příčin) <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 OOPP <input type="checkbox"/> pro porušení předpisů vtažujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele <input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele <input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod

12. Popis úrazového děje:  
( v případě potřeby připojte další list)

#### D. Potvrzující údaje

Postižený svým níže uvedeným podpisem stvrzuje, že byl před vyšetřováním příčin a okolností vzniku pracovního úrazu zaměstnavatelem poučen o jeho povinnosti vypovídat pravdivě a nic nezamlčet a o právních následcích nepravdivé nebo neúplné výpovědi a rovněž čestně prohlašuje, že jeho výpověď byla úplná a pravdivá.

Datum a podpis postiženého (podle možnosti) <sup>1)</sup>:

---

Svědci čestně prohlašují a svým níže uvedeným podpisem stvrzují, že jejich výpověď byla úplná a pravdivá.

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

---

---

---

---

---

Datum, jméno a příjmení, pracovní zařazení a podpis zapisujícího zaměstnance:

---

<sup>1)</sup> Datum podpisu je současně datem hlášení úrazu



**A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je postižený v pracovněprávním vztahu (liší-li se od údajů uvedených na přední straně):**

Poznámka: vyplňuje se u zaměstnance jiného zaměstnavatele

1. Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa):
2. Telefon:

**B. Údaje o postiženém:**

Poznámka: u zaměstnance jiného zaměstnavatele se vyplní pouze B1, B2 a B4

1. Jméno a příjmení:	
2. Datum narození:	
3. Druh práce:	
4. Postižený je:	<input type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru <input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr <input type="checkbox"/> zaměstnanec jiného zaměstnavatele
5. Měl postižený kvalifikaci pro výkon práce, při které došlo k úrazu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

**C. Údaje o úrazu:**

1. Datum a hodina úrazu:
2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu:

3. Počet zraněných osob celkem:
4. Číselný kód a druh zranění ( podle tabulky č. 1)
5. Číselný kód a zraněná část těla ( podle tabulky č. 2 )
6. Druh úrazu: <input type="checkbox"/> smrtelný <input type="checkbox"/> ostatní
7. Činnost, při které k úrazu došlo:
8. Místo kde k úrazu došlo:
9. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm postiženého? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
10. Co bylo zdrojem úrazu? (je možné označit více zdrojů) <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, 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 nespecifikovaný zdroj
11. Proč k úrazu došlo (příčiny)? (je možné označit více příčin) <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 OOPP <input type="checkbox"/> pro porušení předpisů vtažujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele <input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele <input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod

12. Popis úrazového děje:  
( v případě potřeby připojte další list)

#### D. Potvrzující údaje

Postižený svým níže uvedeným podpisem stvrzuje, že byl před vyšetřováním příčin a okolností vzniku pracovního úrazu zaměstnavatelem poučen o jeho povinnosti vypovídat pravdivě a nic nezamlčet a o právních následcích nepravdivé nebo neúplné výpovědi a rovněž čestně prohlašuje, že jeho výpověď byla úplná a pravdivá.

Datum a podpis postiženého (podle možnosti) <sup>1)</sup>:

---

Svědci čestně prohlašují a svým níže uvedeným podpisem stvrzují, že jejich výpověď byla úplná a pravdivá.

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

---

---

---

---

---

Datum, jméno a příjmení, pracovní zařazení a podpis zapisujícího zaměstnance:

---

<sup>1)</sup> Datum podpisu je současně datem hlášení úrazu

**A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je postižený v pracovněprávním vztahu (liší-li se od údajů uvedených na přední straně):**

Poznámka: vyplňuje se u zaměstnance jiného zaměstnavatele

1. Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa):
2. Telefon:

**B. Údaje o postiženém:**

Poznámka: u zaměstnance jiného zaměstnavatele se vyplní pouze B1, B2 a B4

1. Jméno a příjmení:	
2. Datum narození:	
3. Druh práce:	
4. Postižený je:	<input type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru <input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr <input type="checkbox"/> zaměstnanec jiného zaměstnavatele
5. Měl postižený kvalifikaci pro výkon práce, při které došlo k úrazu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

**C. Údaje o úrazu:**

1. Datum a hodina úrazu:
2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu:

3. Počet zraněných osob celkem:
4. Číselný kód a druh zranění ( podle tabulky č. 1)
5. Číselný kód a zraněná část těla ( podle tabulky č. 2 )
6. Druh úrazu: <input type="checkbox"/> smrtelný <input type="checkbox"/> ostatní
7. Činnost, při které k úrazu došlo:
8. Místo kde k úrazu došlo:
9. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm postiženého? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
10. Co bylo zdrojem úrazu? (je možné označit více zdrojů) <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, 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 nespecifikovaný zdroj
11. Proč k úrazu došlo (příčiny)? (je možné označit více příčin) <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 OOPP <input type="checkbox"/> pro porušení předpisů vtažujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele <input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele <input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod

12. Popis úrazového děje:  
( v případě potřeby připojte další list)

#### D. Potvrzující údaje

Postižený svým níže uvedeným podpisem stvrzuje, že byl před vyšetřováním příčin a okolností vzniku pracovního úrazu zaměstnavatelem poučen o jeho povinnosti vypovídat pravdivě a nic nezamlčet a o právních následcích nepravdivé nebo neúplné výpovědi a rovněž čestně prohlašuje, že jeho výpověď byla úplná a pravdivá.

Datum a podpis postiženého (podle možnosti) <sup>1)</sup>:

---

Svědci čestně prohlašují a svým níže uvedeným podpisem stvrzují, že jejich výpověď byla úplná a pravdivá.

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

---

---

---

---

---

Datum, jméno a příjmení, pracovní zařazení a podpis zapisujícího zaměstnance:

---

<sup>1)</sup> Datum podpisu je současně datem hlášení úrazu

**A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je postižený v pracovněprávním vztahu (liší-li se od údajů uvedených na přední straně):**

Poznámka: vyplňuje se u zaměstnance jiného zaměstnavatele

1. Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa):
2. Telefon:

**B. Údaje o postiženém:**

Poznámka: u zaměstnance jiného zaměstnavatele se vyplní pouze B1, B2 a B4

1. Jméno a příjmení:	
2. Datum narození:	
3. Druh práce:	
4. Postižený je:	<input type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru <input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr <input type="checkbox"/> zaměstnanec jiného zaměstnavatele
5. Měl postižený kvalifikaci pro výkon práce, při které došlo k úrazu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

**C. Údaje o úrazu:**

1. Datum a hodina úrazu:
2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu:

3. Počet zraněných osob celkem:
4. Číselný kód a druh zranění ( podle tabulky č. 1)
5. Číselný kód a zraněná část těla ( podle tabulky č. 2 )
6. Druh úrazu: <input type="checkbox"/> smrtelný <input type="checkbox"/> ostatní
7. Činnost, při které k úrazu došlo:
8. Místo kde k úrazu došlo:
9. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm postiženého? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
10. Co bylo zdrojem úrazu? (je možné označit více zdrojů) <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, 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 nespecifikovaný zdroj
11. Proč k úrazu došlo (příčiny)? (je možné označit více příčin) <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 OOPP <input type="checkbox"/> pro porušení předpisů vtažujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele <input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele <input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod

12. Popis úrazového děje:  
( v případě potřeby připojte další list)

#### D. Potvrzující údaje

Postižený svým níže uvedeným podpisem stvrzuje, že byl před vyšetřováním příčin a okolností vzniku pracovního úrazu zaměstnavatelem poučen o jeho povinnosti vypovídat pravdivě a nic nezamlčet a o právních následcích nepravdivé nebo neúplné výpovědi a rovněž čestně prohlašuje, že jeho výpověď byla úplná a pravdivá.

Datum a podpis postiženého (podle možnosti) <sup>1)</sup>:

---

Svědci čestně prohlašují a svým níže uvedeným podpisem stvrzují, že jejich výpověď byla úplná a pravdivá.

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

---

---

---

---

---

Datum, jméno a příjmení, pracovní zařazení a podpis zapisujícího zaměstnance:

---

<sup>1)</sup> Datum podpisu je současně datem hlášení úrazu

**A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je postižený v pracovněprávním vztahu (liší-li se od údajů uvedených na přední straně):**

Poznámka: vyplňuje se u zaměstnance jiného zaměstnavatele

1. Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa):
2. Telefon:

**B. Údaje o postiženém:**

Poznámka: u zaměstnance jiného zaměstnavatele se vyplní pouze B1, B2 a B4

1. Jméno a příjmení:	
2. Datum narození:	
3. Druh práce:	
4. Postižený je:	<input type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru <input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr <input type="checkbox"/> zaměstnanec jiného zaměstnavatele
5. Měl postižený kvalifikaci pro výkon práce, při které došlo k úrazu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

**C. Údaje o úrazu:**

1. Datum a hodina úrazu:
2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu:

3. Počet zraněných osob celkem:
4. Číselný kód a druh zranění ( podle tabulky č. 1)
5. Číselný kód a zraněná část těla ( podle tabulky č. 2 )
6. Druh úrazu: <input type="checkbox"/> smrtelný <input type="checkbox"/> ostatní
7. Činnost, při které k úrazu došlo:
8. Místo kde k úrazu došlo:
9. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm postiženého? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
10. Co bylo zdrojem úrazu? (je možné označit více zdrojů) <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, 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 nespecifikovaný zdroj
11. Proč k úrazu došlo (příčiny)? (je možné označit více příčin) <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 OOPP <input type="checkbox"/> pro porušení předpisů vtaahujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele <input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele <input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod

12. Popis úrazového děje:  
( v případě potřeby připojte další list)

#### D. Potvrzující údaje

Postižený svým níže uvedeným podpisem stvrzuje, že byl před vyšetřováním příčin a okolností vzniku pracovního úrazu zaměstnavatelem poučen o jeho povinnosti vypovídat pravdivě a nic nezamlčet a o právních následcích nepravdivé nebo neúplné výpovědi a rovněž čestně prohlašuje, že jeho výpověď byla úplná a pravdivá.

Datum a podpis postiženého (podle možnosti) <sup>1)</sup>:

---

Svědci čestně prohlašují a svým níže uvedeným podpisem stvrzují, že jejich výpověď byla úplná a pravdivá.

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

---

---

---

---

---

Datum, jméno a příjmení, pracovní zařazení a podpis zapisujícího zaměstnance:

---

<sup>1)</sup> Datum podpisu je současně datem hlášení úrazu



**A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je postižený v pracovněprávním vztahu (liší-li se od údajů uvedených na přední straně):**

Poznámka: vyplňuje se u zaměstnance jiného zaměstnavatele

1. Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa):
2. Telefon:

**B. Údaje o postiženém:**

Poznámka: u zaměstnance jiného zaměstnavatele se vyplní pouze B1, B2 a B4

1. Jméno a příjmení:	
2. Datum narození:	
3. Druh práce:	
4. Postižený je:	<input type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru <input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr <input type="checkbox"/> zaměstnanec jiného zaměstnavatele
5. Měl postižený kvalifikaci pro výkon práce, při které došlo k úrazu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

**C. Údaje o úrazu:**

1. Datum a hodina úrazu:
2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu:

3. Počet zraněných osob celkem:
4. Číselný kód a druh zranění ( podle tabulky č. 1)
5. Číselný kód a zraněná část těla ( podle tabulky č. 2 )
6. Druh úrazu: <input type="checkbox"/> smrtelný <input type="checkbox"/> ostatní
7. Činnost, při které k úrazu došlo:
8. Místo kde k úrazu došlo:
9. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm postiženého? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
10. Co bylo zdrojem úrazu? (je možné označit více zdrojů) <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, 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 nespecifikovaný zdroj
11. Proč k úrazu došlo (příčiny)? (je možné označit více příčin) <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 OOPP <input type="checkbox"/> pro porušení předpisů vtažujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele <input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele <input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod

12. Popis úrazového děje:  
( v případě potřeby připojte další list)

#### D. Potvrzující údaje

Postižený svým níže uvedeným podpisem stvrzuje, že byl před vyšetřováním příčin a okolností vzniku pracovního úrazu zaměstnavatelem poučen o jeho povinnosti vypovídat pravdivě a nic nezamlčet a o právních následcích nepravdivé nebo neúplné výpovědi a rovněž čestně prohlašuje, že jeho výpověď byla úplná a pravdivá.

Datum a podpis postiženého (podle možnosti) <sup>1)</sup>:

---

Svědci čestně prohlašují a svým níže uvedeným podpisem stvrzují, že jejich výpověď byla úplná a pravdivá.

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

---

---

---

---

---

Datum, jméno a příjmení, pracovní zařazení a podpis zapisujícího zaměstnance:

---

<sup>1)</sup> Datum podpisu je současně datem hlášení úrazu

**A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je postižený v pracovněprávním vztahu (liší-li se od údajů uvedených na přední straně):**

Poznámka: vyplňuje se u zaměstnance jiného zaměstnavatele

1. Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa):
2. Telefon:

**B. Údaje o postiženém:**

Poznámka: u zaměstnance jiného zaměstnavatele se vyplní pouze B1, B2 a B4

1. Jméno a příjmení:	
2. Datum narození:	
3. Druh práce:	
4. Postižený je:	<input type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru <input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr <input type="checkbox"/> zaměstnanec jiného zaměstnavatele
5. Měl postižený kvalifikaci pro výkon práce, při které došlo k úrazu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

**C. Údaje o úrazu:**

1. Datum a hodina úrazu:
2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu:

3. Počet zraněných osob celkem:
4. Číselný kód a druh zranění ( podle tabulky č. 1)
5. Číselný kód a zraněná část těla ( podle tabulky č. 2 )
6. Druh úrazu: <input type="checkbox"/> smrtelný <input type="checkbox"/> ostatní
7. Činnost, při které k úrazu došlo:
8. Místo kde k úrazu došlo:
9. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm postiženého? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
10. Co bylo zdrojem úrazu? (je možné označit více zdrojů) <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, 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 nespecifikovaný zdroj
11. Proč k úrazu došlo (příčiny)? (je možné označit více příčin) <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 OOPP <input type="checkbox"/> pro porušení předpisů vtažujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele <input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele <input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod

12. Popis úrazového děje:  
( v případě potřeby připojte další list)

#### D. Potvrzující údaje

Postižený svým níže uvedeným podpisem stvrzuje, že byl před vyšetřováním příčin a okolností vzniku pracovního úrazu zaměstnavatelem poučen o jeho povinnosti vypovídat pravdivě a nic nezamlčet a o právních následcích nepravdivé nebo neúplné výpovědi a rovněž čestně prohlašuje, že jeho výpověď byla úplná a pravdivá.

Datum a podpis postiženého (podle možnosti) <sup>1)</sup>:

---

Svědci čestně prohlašují a svým níže uvedeným podpisem stvrzují, že jejich výpověď byla úplná a pravdivá.

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

---

---

---

---

---

Datum, jméno a příjmení, pracovní zařazení a podpis zapisujícího zaměstnance:

---

<sup>1)</sup> Datum podpisu je současně datem hlášení úrazu

**A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je postižený v pracovněprávním vztahu (liší-li se od údajů uvedených na přední straně):**

Poznámka: vyplňuje se u zaměstnance jiného zaměstnavatele

1. Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa):
2. Telefon:

**B. Údaje o postiženém:**

Poznámka: u zaměstnance jiného zaměstnavatele se vyplní pouze B1, B2 a B4

1. Jméno a příjmení:	
2. Datum narození:	
3. Druh práce:	
4. Postižený je:	<input type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru <input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr <input type="checkbox"/> zaměstnanec jiného zaměstnavatele
5. Měl postižený kvalifikaci pro výkon práce, při které došlo k úrazu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

**C. Údaje o úrazu:**

1. Datum a hodina úrazu:
2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu:

3. Počet zraněných osob celkem:
4. Číselný kód a druh zranění ( podle tabulky č. 1)
5. Číselný kód a zraněná část těla ( podle tabulky č. 2 )
6. Druh úrazu: <input type="checkbox"/> smrtelný <input type="checkbox"/> ostatní
7. Činnost, při které k úrazu došlo:
8. Místo kde k úrazu došlo:
9. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm postiženého? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
10. Co bylo zdrojem úrazu? (je možné označit více zdrojů) <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, 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 nespecifikovaný zdroj
11. Proč k úrazu došlo (příčiny)? (je možné označit více příčin) <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 OOPP <input type="checkbox"/> pro porušení předpisů vtažujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele <input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele <input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod

12. Popis úrazového děje:  
( v případě potřeby připojte další list)

#### D. Potvrzující údaje

Postižený svým níže uvedeným podpisem stvrzuje, že byl před vyšetřováním příčin a okolností vzniku pracovního úrazu zaměstnavatelem poučen o jeho povinnosti vypovídat pravdivě a nic nezamlčet a o právních následcích nepravdivé nebo neúplné výpovědi a rovněž čestně prohlašuje, že jeho výpověď byla úplná a pravdivá.

Datum a podpis postiženého (podle možnosti) <sup>1)</sup>:

---

Svědci čestně prohlašují a svým níže uvedeným podpisem stvrzují, že jejich výpověď byla úplná a pravdivá.

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

---

---

---

---

---

Datum, jméno a příjmení, pracovní zařazení a podpis zapisujícího zaměstnance:

---

<sup>1)</sup> Datum podpisu je současně datem hlášení úrazu

**A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je postižený v pracovněprávním vztahu (liší-li se od údajů uvedených na přední straně):**

Poznámka: vyplňuje se u zaměstnance jiného zaměstnavatele

1. Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa):
2. Telefon:

**B. Údaje o postiženém:**

Poznámka: u zaměstnance jiného zaměstnavatele se vyplní pouze B1, B2 a B4

1. Jméno a příjmení:	
2. Datum narození:	
3. Druh práce:	
4. Postižený je:	<input type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru <input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr <input type="checkbox"/> zaměstnanec jiného zaměstnavatele
5. Měl postižený kvalifikaci pro výkon práce, při které došlo k úrazu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

**C. Údaje o úrazu:**

1. Datum a hodina úrazu:
2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu:

3. Počet zraněných osob celkem:
4. Číselný kód a druh zranění ( podle tabulky č. 1)
5. Číselný kód a zraněná část těla ( podle tabulky č. 2 )
6. Druh úrazu: <input type="checkbox"/> smrtelný <input type="checkbox"/> ostatní
7. Činnost, při které k úrazu došlo:
8. Místo kde k úrazu došlo:
9. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm postiženého? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
10. Co bylo zdrojem úrazu? (je možné označit více zdrojů) <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, 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 nespecifikovaný zdroj
11. Proč k úrazu došlo (příčiny)? (je možné označit více příčin) <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 OOPP <input type="checkbox"/> pro porušení předpisů vtažujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele <input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele <input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod

12. Popis úrazového děje:  
( v případě potřeby připojte další list)

#### D. Potvrzující údaje

Postižený svým níže uvedeným podpisem stvrzuje, že byl před vyšetřováním příčin a okolností vzniku pracovního úrazu zaměstnavatelem poučen o jeho povinnosti vypovídat pravdivě a nic nezamlčet a o právních následcích nepravdivé nebo neúplné výpovědi a rovněž čestně prohlašuje, že jeho výpověď byla úplná a pravdivá.

Datum a podpis postiženého (podle možnosti) <sup>1)</sup>:

---

Svědci čestně prohlašují a svým níže uvedeným podpisem stvrzují, že jejich výpověď byla úplná a pravdivá.

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

---

---

---

---

---

Datum, jméno a příjmení, pracovní zařazení a podpis zapisujícího zaměstnance:

---

<sup>1)</sup> Datum podpisu je současně datem hlášení úrazu