

## 1. EVIDENCE ÚRAZŮ

### 1.1 Kniha úrazů (příloha č. 1)

Zaměstnavatel vede evidenci **VŠECH** úrazů v knize úrazů. I v případě, že jimi nebyla způsobena pracovní neschopnost nebo byla způsobena pracovní neschopnost **nepřesahující 3 kalendářní dny**.

V případě, že došlo k úrazu u jiného zaměstnavatele, k němuž byl zaměstnanec vyslán nebo dočasně přidělen, provede záznam do knihy úrazů zaměstnavatel úrazem postiženého zaměstnance i zaměstnavatel, k němuž byl úrazem postižený zaměstnanec vyslán.

Zaměstnavatel je povinen vydat zaměstnanci kopii nebo výpis údajů z knihy úrazů na jeho žádost

### 1.2 Záznam o úrazu (příloha č. 2)

Zaměstnavatel je povinen vyhotovit záznam o úraze v případě že došlo:

- ke zranění zaměstnance s pracovní neschopností delší než 3 kalendářní dny,
- k úmrtí zaměstnance.

Jedno vyhotovení záznamu o úrazu je povinen předat postiženému zaměstnanci a v případě smrtelného pracovního úrazu jeho rodinným příslušníkům,

V případě, že došlo k úrazu u jiného zaměstnavatele, k němuž byl zaměstnanec vyslán nebo dočasně přidělen, provede záznam o úrazu zaměstnavatel úrazem postiženého zaměstnance,

Záznam o úrazu vyhotovuje zaměstnavatel **neprodleně**, nejpozději však do **5 pracovních dnů** ode dne, kdy se o úrazu dozvěděl.

V případě, že se zaměstnavatel dozví o skutečnostech, které vedou ke změně v něm uvedených údajů, vyhotovit „Záznam o úrazu-hlášení změn“ (**příloha č. 3**)

### 1.3 Odeslání záznamu příslušným orgánům

Zaměstnavatel zašle záznam o úrazu za uplynulý kalendářní měsíc **nejpozději do 5. dne** následujícího měsíce:

- územně příslušnému útvaru Policie ČR, nasvědčují-li zjištěné skutečnosti tomu, že v souvislosti s pracovním úrazem byl spáchán trestný čin,
- příslušnému oblastnímu inspektorát práce, došlo-li k úrazu u fyzické osoby nebo právnické osoby, která podléhá jeho kontrolní působnosti,
- příslušnému obvodnímu báňskému úřadu, podléhá-li činnost, pracoviště nebo technické zařízení vrchnímu dozoru,
- zdravotní pojišťovně, u které je pracovním úrazem postižený zaměstnanec pojištěn,
- organizační jednotce příslušné pojišťovny, u které je zaměstnavatel pojištěn pro případ své odpovědnosti za škodu při pracovním úrazu

## 2. OZNÁMENÍ PRACOVNÍHO ÚRAZU

Každý zaměstnanec je povinen **bez zbytečného odkladu** ohlásit svému nadřízenému vedoucímu zaměstnanci pracovní úraz, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí a pracovní úraz jiného zaměstnance, popř. úraz jiné fyzické osoby, jehož byl svědkem a spolupracovat při objasnění jeho příčin.

Zaměstnavatel ohlásí pracovní úraz bez zbytečného odkladu:

- územně příslušnému útvaru Policie ČR, nasvědčují-li zjištěné skutečnosti tomu, že v souvislosti s pracovním úrazem byl spáchán trestný čin,
- odborové organizaci a zástupci pro oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci,
- příslušnému oblastnímu inspektorát práce, došlo-li k úrazu u fyzické osoby nebo právnické osoby, která podléhá jeho kontrolní působnosti a trvá-li hospitalizace úrazem postiženého zaměstnance více než 5 dnů nebo lze-li vzhledem k povaze zranění takovou dobu hospitalizace předpokládat,
- příslušnému obvodnímu báňskému úřadu, podléhá-li činnost, pracoviště nebo technické zařízení vrchnímu dozoru, jde-li o závažný pracovní úraz.
- zdravotní pojišťovně, u které je pracovním úrazem postižený zaměstnanec pojištěn,
- zaměstnavateli, který zaměstnance k práci u něho vyslal nebo dočasně přidělil.

## 3. SMRTELNÝ ÚRAZ

V případě smrtelného úrazu zašle zaměstnavatel záznam o úrazu **nejpozději do 5 dnů ode dne**, kdy se o úrazu dozvěděl:

- územně příslušnému útvaru Policie ČR,
- příslušnému oblastnímu inspektorát práce, došlo-li k úrazu u fyzické osoby nebo právnické osoby, která podléhá jeho kontrolní působnosti,
- příslušnému obvodnímu báňskému úřadu, podléhá-li činnost, pracoviště nebo technické zařízení vrchnímu dozoru,
- zdravotní pojišťovně, u které byl smrtelným pracovním úrazem postižený zaměstnanec pojištěn,
- organizační jednotce příslušné pojišťovny, u které je zaměstnavatel pojištěn pro případ své odpovědnosti za škodu při pracovním úrazu.

Zaměstnavatel ohlásí smrtelný pracovní úraz bez zbytečného odkladu:

- územně příslušnému útvaru Policie ČR,
- odborové organizaci a zástupci pro oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci,
- příslušnému oblastnímu inspektorát práce, došlo-li k úrazu u fyzické osoby nebo právnické osoby, která podléhá jeho kontrolní působnosti,

## Postup při pracovním úrazu

- příslušnému obvodnímu báňskému úřadu, podléhá-li činnost, pracoviště nebo technické zařízení vrchnímu doзору,
- zdravotní pojišťovně, u které byl smrtelným pracovním úrazem postižený zaměstnanec pojištěn,
- zaměstnavateli, který zaměstnance k práci u něho vyslal nebo dočasně přidělil.

## **4. STANOVENÍ OPATŘENÍ PROTI OPAKOVÁNÍ PRACOVNÍCH ÚRAZŮ (příloha č. 4)**

Zaměstnavatel musí zajistit vyšetření příčin a okolností pracovního úrazu. Šetření představuje soubor úkonů, které jsou vedoucímu zaměstnanci společnosti za případné účinné spolupráce s osobou odborně způsobilou v prevenci rizik povinni zajistit nebo provést v případě vzniku pracovního úrazu. Jedná se o:

- stanovení a realizace nápravných opatření proti opakování pracovního úrazu,
- seznámení dotčených zaměstnanců s příčinami pracovního úrazu a přijatými opatřeními proti jeho opakování.

## **Příloha č. 1**

Evidence (každý zápis do Knihy úrazů) obsahuje tyto údaje:

- a) jméno, popřípadě jména, a příjmení (dále jen "jméno") úrazem postiženého zaměstnance,
- b) datum a hodinu úrazu,
- c) místo, kde k úrazu došlo,
- d) činnost, při níž k úrazu došlo,
- e) počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu,
- f) celkový počet zraněných osob,
- g) druh zranění a zraněná část těla,
- h) druh úrazu,
- i) zdroj úrazu,
- j) příčiny úrazu,
- k) jména svědků úrazu,
- l) jméno a pracovní zařazení toho, kdo údaje zaznamenal

Příloha č. 2

VZOR  
ZÁZNAM O ÚRAZU

- smrtelném  
 s hospitalizací delší než 5 dnů  
 ostatním

Evidenční číslo záznamu<sup>aj</sup>:  
Evidenční číslo zaměstnavatele<sup>aj</sup>:

**A. Údaje o zaměstnavateli, u kterého je úrazem postizený zaměstnanec v základním pracovněprávním vztahu**

|  |   |
|--|---|
| 1. IČO:<br>Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa): | 2. Předmět podnikání (CZ-NACE), v jehož rámci k úrazu došlo:  |
|  | 3. Místo, kde k úrazu došlo <sup>aj</sup> :   |
|  | 4. Bylo místo úrazu pravidelným pracovištěm úrazem postizeného zaměstnance?<br><input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |

**B. Údaje o zaměstnavateli, u kterého k úrazu došlo (pokud se nejedná o zaměstnavatele uvedeného v části A záznamu):**

|  |  |
|--|--|
| 1. IČO:<br>Název zaměstnavatele a jeho sídlo (adresa): | 2. Předmět podnikání (CZ-NACE), v jehož rámci k úrazu došlo: |
|  | 3. Místo, kde k úrazu došlo <sup>aj</sup> :                  |

**C. Údaje o úrazem postizeném zaměstnanci**

|   |   |
|---|---|
| 1. Jméno:   | Pohlaví:<br><input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena  |
| 2. Datum narození:  | 3. Státní občanství:  |
| 4. Druh práce (KZAM):   | 5. Činnost, při které k úrazu došlo <sup>aj</sup> :   |
| 6. Délka trvání základního pracovněprávního vztahu u zaměstnavatele<br>roků:      měsíců: |   |
| 7. Úrazem postizený je  | <input type="checkbox"/> zaměstnanec v pracovním poměru<br><input type="checkbox"/> zaměstnanec zaměstnaný na základě dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr<br><input type="checkbox"/> osoba vykonávající činnosti nebo poskytující služby mimo pracovněprávní vztahy (§ 12 zákona č. 309/2006 Sb.)<br><input type="checkbox"/> zaměstnanec agentury práce nebo dočasně přidělený |

|   |
|---|
| <p>k výkonu práce za účelem prohloubení kvalifikace u jiné právnické nebo fyzické osoby [§ 38a zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, § 91a zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.</p> |
| <p>8. Trvání dočasné pracovní neschopnosti následkem úrazu:<br/>                 od: _____ do: _____ celkem kalendářních dnů: _____</p>   |

#### D. Údaje o úrazu

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| <p>1. Datum úrazu:<br/>                 Hodina úrazu:<br/>                 Datum úmrtí úrazem postiženého zaměstnance:</p>   | <p>2. Počet hodin odpracovaných bezprostředně před vznikem úrazu:</p>  |  |  |  |  |
| <p>3. Druh zranění<sup>a)</sup>:</p>   | <p>4. Zraněná část těla:</p>   |  |  |  |  |
| <p>5. Počet zraněných osob celkem:</p>   |  |  |  |  |  |
| <p>6. Co bylo zdrojem úrazu?</p> <p><input type="checkbox"/> dopravní prostředek</p> <p><input type="checkbox"/> stroje a zařízení přenosná nebo mobilní</p> <p><input type="checkbox"/> materiál, břemena, předměty (pád, přiražení, odlétnutí, náraz, zavalení)</p> <p><input type="checkbox"/> pád na rovině, z výšky, do hloubky, propadnutí</p> <p><input type="checkbox"/> nástroj, přístroj, nářadí</p> | <p><input type="checkbox"/> průmyslové škodliviny, chemické látky, biologické činitele</p> <p><input type="checkbox"/> horké látky a předměty, oheň a výbušniny</p> <p><input type="checkbox"/> stroje a zařízení stabilní</p> <p><input type="checkbox"/> lidé, zvířata nebo přírodní živly</p> <p><input type="checkbox"/> elektrická energie</p> <p><input type="checkbox"/> jiný blíže nespecifikovaný zdroj</p> <p style="text-align: right;">a) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| <p>7. Proč k úrazu došlo? (příčiny)</p> <p><input type="checkbox"/> pro poruchu nebo vadný stav některého ze zdrojů úrazu</p> <p><input type="checkbox"/> pro špatné nebo nedostatečné vyhodnocení rizika</p> <p><input type="checkbox"/> pro závady na pracovišti</p>   | <p><input type="checkbox"/> pro nedostatečné osobní zajištění zaměstnance včetně osobních ochranných pracovních prostředků</p> <p><input type="checkbox"/> pro porušení předpisů vztahujících se k práci nebo pokynů zaměstnavatele úrazem postiženého zaměstnance</p> <p><input type="checkbox"/> pro nepředvídatelné riziko práce nebo selhání lidského činitele</p> <p><input type="checkbox"/> pro jiný, blíže nespecifikovaný důvod</p> <p style="text-align: right;">a) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| <p>8. Byla u úrazem postiženého zaměstnance zjištěna přítomnost alkoholu nebo jiných návykových látek?</p>   |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>9. Popis úrazového děje, rozvedení popisu místa, příčin a okolností, za nichž došlo k úrazu.<br/>(V případě potřeby připojte další list).</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
|--|
| <p>10. Uveďte, jaké předpisy byly v souvislosti s úrazem porušeny a kým, pokud bylo jejich porušení do doby odeslání záznamu zjištěno. (V případě potřeby připojte další list)<sup>9)</sup>.</p> |
| <p>11. Opatření přijatá k zabránění opakování pracovního úrazu:</p>  |

E. Vyjádření úrazem postiženého zaměstnance a svědků úrazu

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Úrazem postižený zaměstnanec   | _____                 |
|  | datum, jméno a podpis |
| Svědci   | _____                 |
|  | datum, jméno a podpis |
|  | _____                 |
|  | datum, jméno a podpis |
| Zástupce zaměstnanců pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci <sup>a)</sup> | _____                 |
|  | datum, jméno a podpis |
| Zástupce odborové organizace <sup>a)</sup>                                   | _____                 |
|  | datum, jméno a podpis |
| Za zaměstnavatele <sup>a)</sup>  | _____                 |
|  | datum, jméno a podpis |
|  | pracovní zařazení:    |

<sup>a)</sup> Vyplní orgán inspekce práce, popřípadě orgán báňské správy.

<sup>b)</sup> Vyplní zaměstnavatel.

<sup>c)</sup> Uvede se typ pracoviště, pracovní plochy nebo lokality, kde byl úrazem postižený zaměstnanec přítomen nebo pracoval těsně před úrazem, a kde došlo k úrazu, například průmyslová plocha,

stavební plocha, zemědělská nebo lesní plocha, zdravotnické zařízení terciární sféra – úřad.

<sup>d)</sup> Činností se rozumí hlavní typ práce s určitou délkou trvání, kterou úrazem postižený zaměstnanec vykonával v čase, kdy k úrazu došlo, například svařování plamenem. Nejedná se o konkrétní úkon, například zapálení hořáku při svařování plamenem.

<sup>e)</sup> Uvede se následek zranění, například zlomenina, řezné poranění, traumatická amputace, pohmoždění, popálení, otrava, utonutí.

<sup>f)</sup> Porušení předpisů se týká jak předpisů právních, tak i ostatních a konkrétních pokynů k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, daných zaměstnanci vedoucími zaměstnanci, kteří jsou mu nadřizeni ve smyslu § 349 odst. 1 a 2 zákoníku práce. Předpisy se rozumí předpisy na ochranu

života a zdraví, předpisy hygienické a protiepidemické, technické předpisy, technické dokumenty a technické normy, stavební předpisy, dopravní předpisy, předpisy o požární ochraně a předpisy o zacházení s hořlavými, výbušninami, zbraněmi, radioaktivními látkami, chemickými látkami a chemickými přípravky a jinými látkami škodlivými zdraví, pokud upravují otázky týkající se ochrany života a zdraví.

<sup>g)</sup> V případě, že některá z osob, které záznam o úrazu podepisují, chce podat vyjádření, učiní tak na zvláštním listě, který se k záznamu o úrazu připojí.



Příloha č. 3

VZOR  
ZÁZNAM O ÚRAZU - HLÁŠENÍ ZMĚN

Evidenční číslo záznamu<sup>a)</sup>:  
Evidenční číslo zaměstnavatele<sup>b)</sup>:

Údaje o zaměstnavateli, který záznam o úrazu odeslal:

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| Název zaměstnavatele: | IČO:    |
|                       | Adresa: |

Údaje o úrazem postiženém zaměstnanci a o úrazu:

|                 |                           |
|-----------------|---------------------------|
| Jméno:          | Datum úrazu:              |
| Datum narození: | Místo, kde k úrazu došlo: |

Hospitalizace úrazem postiženého zaměstnance přesáhla 5 kalendářních dnů

ano  ne

C 8 - Trvání dočasné pracovní neschopnosti následkem úrazu

od: do: celkem kalendářních dnů:

D 1 – Úrazem postižený zaměstnanec na následky poškození zdraví při úrazu zemřel dne:

Jiné změny:

|                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| Úrazem postižený zaměstnanec | _____                 |
|                              | datum, jméno a podpis |

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| Za zaměstnavatele | _____                 |
|                   | datum, jméno a podpis |
|                   | pracovní zařazení:    |

<sup>a)</sup> Vyplní orgán inspekce práce, popřípadě orgán báňské správy

<sup>b)</sup> Vyplní zaměstnavatel

**Příloha č. 4**

**STANOVENÍ NÁPRAVNÝCH A PREVENTIVNÍCH OPATŘENÍ**

**Identifikace podnětné události:**

Pracovní úraz

Evidenční číslo záznamu:

Údaje o zraněném:

datum narození:

Datum úrazu:

Stručný popis:

Závěry ze šetření:

**Stanovená opatření:**

Technická:

Organizační:

Výchovná:

Např. Zraněná opakovaně proškolená se zdůrazněním opatrnosti při pohybu na žebříku (zákaz seskakování apod.).

Školení provedla:

Dne:

Podpis zraněného:

**KONTROLA PLNĚNÍ STANOVENÝCH OPATŘENÍ**

Výsledek kontroly:

Např. Opatření splněno.

Datum:

Kontrolu provedl: