

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačnými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby			
Zamestnávateľ, adresa		KAUFLAND SLOVENSKÁ REPUBLIKA V.O.S.	
IČO ¹⁾	35790164	Právna forma zamestnávateľa ²⁾	VOS
Útvar, ktorý vedie evidenciu miezd zamestnávateľa, adresa KAUFLAND SR, V.O.S., MZDOVÉ ODD. TRNAVSKÁ CESTA 41/A, 831 04 BRATISLAVA		Organizačná zložka, ³⁾ adresa OD KAUFLAND NOVÉ MESTO N. VÁHOM, MALINOVSKÉHO 2664/36A, 915 01	
Rozsah zodpovednosti zamestnávateľa ⁴⁾ za registrovaný pracovný úraz (ďalej len "úraz")			100 % ⁵⁾
1	Meno, priezvisko, titul zamestnanca KRISTÍNA VALENTOVÁ		Dátum narodenia 05062000
	Trvalý - prechodný pobyt ⁶⁾ ŠTÚROVA 571/9, 915 01 NOVÉ MESTO NAD VÁHOM		Štátna príslušnosť SR
	Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾		Počet nezaopatrených detí ⁸⁾ 0
	Je nemocensky poistený ÁNO - NIE⁹⁾		IČSZ ⁶⁾ 0056059014
EUR			
2	Pracovisko ⁸⁾ OD KAUFLAND NOVÉ MESTO NAD VÁHOM		
	Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz PRACOVNÍK PREVÁDZKY OBCHODU		
	Túto prácu (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa 2 rokov ⁹⁾ 0 mesiacov ⁹⁾ 7 dní ⁹⁾		
3	Má odbornú spôsobilosť na výkon práce, pri ktorej utrpel úraz ÁNO - NIE¹⁰⁾		
	Má zdravotnú spôsobilosť na výkon tejto práce ÁNO - NIE¹⁰⁾		
	Dátum posledného oboznámenia s predpismi na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, so zásadami bezpečnej práce a ochrany zdravia pri práci a s bezpečnými pracovnými postupmi		
	09012023		
	Po vykonanom oboznámení boli znalosti zamestnanca overené ÁNO - NIE¹⁰⁾		
4	Od začiatku zmeny odpracoval 4 hodín Pracovná zmena trvá od 15:00 do 21:30		
	Miesto, kde došlo k úrazu PEKÁREŇ - OD KAUFLAND NOVÉ MESTO NAD VÁHOM		
5	Ide o úraz: smrteľný ÁNO - NIE¹¹⁾	Dátum úmrtia	
	s ťažkou ujmom na zdraví ⁹⁾ ÁNO - NIE¹¹⁾		
6	Opis priebehu úrazu ¹⁰⁾ ZAMESTNANKYNI NA PEKÁRNI PRI MANIPULÁCIÍ S FĽAŠOU S DEZINFEKČNÝM PROSTRIEDKOM NEŠŤASTNOU NÁHODOU VYSTREKOL ZBYTOK PROSTRIEDKU NA SPODKU FĽAŠE DO OKA. SPÔSOBILO JEJ TO PODRÁŽDENIE OKA. POŠKODENÁ BOLA NA MIESTE OŠETRENÁ A NÁSLEDNE NAVŠTÍVILA LEKÁRA, KTORÝ JEJ VYSTAVIL PN.		
7	Zdroj úrazu ¹¹⁾ JEDOVATÉ LÁTKY - TUHÉ, TEKUTÉ, JEDOVATÉ A NEDÝCHATEĽNÉ PLYNY		
			Kód zdroja úrazu VII-61
8	Príčina úrazu ¹²⁾ NEDOSTATKY OSOBNÝCH PREDPOKLADOV NA RIADNY PRACOVNÝ VÝKON (NAPR. CHÝBAJÚCE TELESNÉ PREDPOKLADY, ZMYSLOVÉ NEDOSTATKY, NEPRIAZNIVÉ OSOBNÉ VLASTNOSTI A OKAMŽITÉ PSYCHOFYZIOLOGICKÉ STAVY)		
			Kód príčiny úrazu 12

9	Vyjadrenie zamestnanca k úrazu ¹³⁾ BEZ PRIPOMIENOK		
	KRISTÍNA VALENTOVÁ Meno, priezvisko a podpis zamestnanca ¹³⁾		
	Dátum vyšetrenia úrazu*) Dátum spísania záznamu	17012025 17012025	VOD JURAJ DOKTORÍK Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾
10	Na odstránenie príčin úrazu zamestnávateľ vykoná nasledujúce termínované opatrenia*) a) technické Dátum vykonania b) organizačné Dátum vykonania c) výchovné a iné ZAMESTNÁVATEĽ RIADNE POUČÍ ZAMESTNANCOV O VZNIKNUTOM PRACOVNOM ÚRAZE. Dátum vykonania 24012025		
	VOD JURAJ DOKTORÍK Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa ¹⁴⁾		
11	Vyjadrenie k úrazu a) zástupcu zamestnancov pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci BEZ PRIPOMIENOK JANKA ONDRÁŠIKOVÁ Meno, priezvisko a podpis b) zástupcu odborového orgánu alebo zamestnaneckej rady alebo zamestnaneckého dôverníka*) Meno, priezvisko a podpis		
12	Záznam o kontrole vykonaných opatrení ¹⁵⁾ Dátum kontroly Meno, priezvisko a podpis osoby, ktorá vykonala kontrolu		
13	Údaje podľa metodiky Európskej štatistiky pracovných úrazov Číslo úrazu 20250000008		
	OKEČ ¹⁶⁾ 47110	Povolanie zamestnanca ¹⁷⁾ 5223001	Vek zamestnanca 24
	Pohlavie zamestnanca 2	Druh poranenia 999	Poranená časť tela 13
	Územie, na ktorom vznikol úraz ¹⁸⁾ SK022	Dátum úrazu 20250116	Čas úrazu 19
	Veľkosť organizácie 5	Príslušnosť zamestnanca k štátom 1	Pracovný vzťah zamestnanca 311
	Celkový počet dní PN*** ¹⁾	Špecifikácia pracoviska 1	Pracovisko 043
	Špecifická pracovná činnosť 41	Materiálový činiteľ špecifickej pracovnej činnosti 15020000	
	Odchýlka 22	Materiálový činiteľ odchýlky 15020000	
	Dotyk (kontakt) - spôsob poranenia 16	Materiálový činiteľ dotyku (kontaktu) 15020000	