

Záznam o registrovanom pracovnom úraze

Údaje sa vyplňujú veľkými tlačnými písmenami čiernej alebo tmavomodrej farby

Zamestnávateľ, adresa		FAKULTNÁ NEMOCNICA NITRA	
IČO ¹⁾	17336007	Právna forma zamestnávateľa ²⁾	
Útvár, ktorý vedie evidenciu miezd zamestnávateľa, adresa		Organizačná zložka, ³⁾ adresa	
Rozsah zodpovednosti zamestnávateľa ⁴⁾ za registrovaný pracovný úraz (ďalej len "úraz")			% ^{*)}
1	Meno, priezvisko, titul zamestnanca	Dátum narodenia	
	Trvalý - prechodný pobyt ^{*)}	Štátna príslušnosť	
	Denný vymeriavací základ zamestnanca ⁷⁾	Počet nezaopatrených detí ⁵⁾	
	Je nemocensky poistený	IČSZ ⁶⁾	
		EUR	
2	Pracovisko ⁸⁾		
	Druh vykonávanej práce (funkcie), pri ktorej zamestnanec utrpel úraz		
	Túto prácu (funkciu) vykonáva u zamestnávateľa 0 rokov ^{*)} 0 mesiacov ^{*)} 0 dní ^{*)}		
3	Má odbornú spôsobilosť na výkon práce, pri ktorej utrpel úraz	ÁNO - NIE ^{**) (}	
	Má zdravotnú spôsobilosť na výkon tejto práce	ÁNO - NIE ^{**) (}	
	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		
	Po vykonanom oboznámení boli znalosti zamestnanca overené		
		ÁNO - NIE ^{*) (}	
4	Od začiatku zmeny odpracoval hodín	Pracovná zmena trvá od	11,5 do
	Miesto, kde došlo k úrazu		
5	Ide o úraz: smrteľný	ÁNO - NIE ^{*) (}	Dátum úmrtia
	s ťažkou ujmom na zdraví ⁹⁾	ÁNO - NIE ^{*) (}	
6	Opis priebehu úrazu ¹⁰⁾		
7	Zdroj úrazu ¹¹⁾		
	Kód zdroja úrazu		
8	Príčina úrazu ¹²⁾		
	Kód príčiny úrazu		

9	Vyjadrenie zamestnanca k úrazu ¹³⁾ Meno, priezvisko a podpis zamestnanca¹³⁾	
	Dátum vyšetrenia úrazu*) Dátum spísania záznamu	
	 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 Dátum vykonania Meno, priezvisko a podpis zástupcu zamestnávateľa¹⁴⁾	
11	Vyjadrenie k úrazu a) zástupcu zamestnancov pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci 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	
Údaje podľa metodiky Európskej štatistiky pracovných úrazov		
Číslo úrazu 202200000012		
13	OKEČ¹⁶⁾ Povolanie zamestnanca¹⁷⁾ Vek zamestnanca Pohlavie zamestnanca Druh poranenia Poranená časť tela Územie, na ktorom vznikol úraz¹⁸⁾ Dátum úrazu Čas úrazu Veľkosť organizácie Príslušnosť zamestnanca k štátom Pracovný vzťah zamestnanca Celkový počet dní PN***¹⁾ Špecifikácia pracoviska Pracovisko Pracovný proces Špecifická pracovná činnosť Materiálový činiteľ špecifickej pracovnej činnosti Odchýlka Materiálový činiteľ odchýlky Dotyk (kontakt) - spôsob poranenia Materiálový činiteľ dotyku (kontaktu)	