

ZÁZNAM O PRACOVNÍM ÚRAZU

podklad pro vyplnění a podpis podle přílohy č. 3 k nařízení vlády č. 322/2025 Sb., o povinnostech zaměstnavatele při pracovních úrazech

Upozornění: u úrazů od 1. 1. 2026 se záznam o pracovním úrazu zasílá oblastnímu inspektorátu práce (popřípadě obvodnímu báňskému úřadu) elektronicky prostřednictvím portálu Státního úřadu inspekce práce, nejpozději do 15 pracovních dnů ode dne, kdy se zaměstnavatel o úrazu dozvěděl (§ 6 odst. 1). Tento dokument slouží k sepsání údajů před zadáním do portálu, k vyjádření svědků a jako kontrola, že máte všechny náležitosti. U úrazu bez pracovní neschopnosti nebo s neschopností do 3 kalendářních dnů se záznam nezasílá, úraz se jen zapíše do knihy úrazů.

Evidenční číslo záznamu u zaměstnavatele: _____

I. Údaje o zaměstnavateli úrazem postiženého zaměstnance

Údaj	Vyplňte
a) Jméno / obchodní firma	
b) IČO (nebo datum narození, nemá-li osoba IČO)	
c) Adresa sídla, odštěpného závodu nebo místa pobytu	
d) Ekonomická činnost podle CZ-NACE, v jejímž rámci k úrazu došlo	

II. Subjekt, na jehož pracovišti k úrazu došlo

Vyplňte jen tehdy, pokud se úraz nestal na pracovišti zaměstnavatele úrazem postiženého zaměstnance.

Údaj	Vyplňte
a) Jméno / obchodní firma	
b) IČO (nebo datum narození)	
c) Adresa sídla, odštěpného závodu nebo místa pobytu	
d) Ekonomická činnost podle CZ-NACE	

III. Údaje o úrazem postiženém zaměstnanci

Údaj	Vyplňte
a) Jméno a příjmení	
b) Datum narození	
c) Pohlaví	☐ muž ☐ žena
d) Státní občanství	
e) Adresa místa pobytu (a adresa pro doručování, je-li odlišná)	
g) Den vzniku pracovního poměru, služebního poměru nebo dohody	

h) Druh vykonávané práce podle skupin CZ-ISCO	
i) Doba trvání dočasné pracovní neschopnosti následkem úrazu	od _____ do _____, celkem _____ kalendářních dnů

f) Vztah zaměstnance k zaměstnavateli:

- ☐ pracovní poměr
- ☐ služební poměr
- ☐ dohoda o pracích konaných mimo pracovní poměr (DPP, DPČ)
- ☐ osoba vykonávající činnosti nebo poskytující služby mimo pracovněprávní vztah (§ 12 zákona č. 309/2006 Sb.)
- ☐ ostatní

IV. Činnost, při které k pracovnímu úrazu došlo

V. Adresa pracoviště nebo jiného místa, kde k úrazu došlo

VI. Charakteristika pracoviště nebo jiného místa, kde k úrazu došlo

Například výrobní hala, staveniště, kancelář, sklad, prodejna, veřejná komunikace.

VII. Údaje o pracovním úrazu

a) Druh pracovního úrazu podle § 2 nařízení:

- ☐ a) smrtelný pracovní úraz
- ☐ b) závažný pracovní úraz (hospitalizace delší než 5 po sobě jdoucích kalendářních dnů nebo její předpoklad, životu nebezpečný nebo hromadný úraz)
- ☐ c) pracovní úraz s pracovní neschopností delší než 3 kalendářní dny
- ☐ d) pracovní úraz bez pracovní neschopnosti nebo s pracovní neschopností do 3 kalendářních dnů

Údaj	Vyplňte
b) Datum a čas pracovního úrazu	
c) Datum úmrtí (jen u smrtelného úrazu)	
d) Druh zranění, trojmístný kód ESAW (příloha č. 1)	
e) Zraněná část těla, dvojmístný kód ESAW (příloha č. 1)	
f) Počet zraněných osob celkem	
g) Zdroj pracovního úrazu	
h) Příčina pracovního úrazu	
i) Jde o hromadný pracovní úraz?	☐ ano ☐ ne

VIII. Popis úrazového děje, místa, příčin a okolností

Popište, co zaměstnanec dělal, co se stalo, čím a jak se zranil. V případě potřeby připojte další list.

IX. Kontrola přítomnosti alkoholu

[] provedena, výsledek: _____ [] neprovedena

X. Kontrola přítomnosti jiných návykových látek

[] provedena, výsledek: _____ [] neprovedena

XI. Předpisy, které byly v souvislosti s úrazem porušeny, a kým

XII. Opatření přijatá k zabránění opakování pracovního úrazu

XIII. Vyjádření

Vyjádření úrazem postiženého zaměstnance, svědků úrazu, zástupce zaměstnanců pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci a zástupce odborové organizace, pokud u zaměstnavatele působí.

Osoba	Vyjádření
Úrazem postižený zaměstnanec	
Svědék 1 (jméno a příjmení)	
Svědék 2 (jméno a příjmení)	
Zástupce pro BOZP	
Zástupce odborové organizace	

XIV. Osoba oznamující pracovní úraz za zaměstnavatele

Údaj	Vyplňte
a) Jméno a příjmení	
b) Telefon a e-mail	
c) Pracovní zařazení nebo vztah k zaměstnavateli	

XV. Datum vyhotovení záznamu a podpisy

Záznam vyhotoven dne: _____

Podepisující	Jméno a příjmení	Datum a podpis
a) Úrazem postižený zaměstnanec		
b) Zástupce zaměstnanců pro BOZP (působí-li)		
c) Zástupce odborové organizace (působí-li)		
d) Za zaměstnavatele		

Podepsaný záznam uchovávejte 10 let (§ 6 odst. 2). Kopii předejte bez zbytečného odkladu úrazem postiženému zaměstnanci, zástupci pro BOZP a odborové organizaci, pokud působí (§ 6 odst. 3). Záznam zašlete také zdravotní pojišťovně zaměstnance (§ 7 písm. b)), Policii ČR při podezření na trestný čin nebo při smrtelném úrazu (§ 7 písm. a)) a pojišťovně, u níž máte zákonné pojištění odpovědnosti zaměstnavatele (§ 8).