

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Rokitanského 62
500 03 Hradec Králové

**Záznam o školním úrazu
studenta VŠ**

IČ: 62690094
DIČ: CZ62690094

1	Jméno a příjmení zraněného Rodné číslo Zdravotní pojišťovna Fakulta, ročník..... Bydliště Telefon:
2	Jméno a bydliště zákonného zástupce (u nezletilých) Kdy a jak byl zákonný zástupce vyrozuměn ?
3	Hodina den měsíc rok úrazu Místo, kde k úrazu došlo Druh zranění Zraněná část těla
4	Jde o úraz těžký ANO–NE, hromadný ANO–NE. Kolik osob bylo současně zraněno?..... Jde o úraz smrtelný ANO-NE Datum úmrtí.....
5	K úrazu došlo při: (označte činnost, při které došlo k úrazu) 1. pohybu ve třídě v době vyučování 2. přestávce 3. pobytu v ubytovacím zařízení školy 4. pobyt ve školním stravovacím zařízení 5. práci ve školní laboratoři 6. práci ve školní dílně 7. tělesné výchově (mimo lyžařský a plavecký výcvik) 8. lyžařském výcviku 9. plaveckém výcviku 10. sportovním kurzu 11. sportovních soutěžích pořádaných školou 12. exkurzi 13. výletu nebo zájezdu pořádaném školou 14. školní brigádě (jaké?) 15. ostatních činnostech (jakých?)
6	Popište jak k úrazu došlo:
7	Došlo k úrazu při dopravní nehodě ? ANO - NE
8	Kdy, jak a kým byl zraněný seznámen s bezpečnostními předpisy nebo pokyny k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví, které se vztahují na činnost, při které došlo k úrazu ?

9	Kdo a jak vykonával pedagogický dozor v době úrazu ?
10	Co bylo na místě úrazu v nesprávném nebo nebezpečném stavu ? Který předpis byl školou porušen ?
11	Co zraněný dělal nesprávným nebo nebezpečným způsobem a který bezpečnostní předpis nebo pokyn svým jednáním porušil ?
12	Byl úraz způsoben nebo ovlivněn jinou osobou (jméno a adresa) nebo vznikl následkem spolupůsobení přírodních živlů nebo zvířat ?
13	Utrpěl zraněný škodu na věcech a jakou ?

Datum a podpis zraněného (podle možnosti)

Datum, jména + příjmení a podpisy svědků úrazu

Datum sepsání záznamu o školním úrazu

Datum, jména + příjmení, funkce a podpis
vedoucího pracovníka

14	Pro odstranění příčin provede Univerzita tato opatření: a) výchovná b) organizační a technická Podpis vedoucího pracovníka
	Vyjádření odborového orgánu k navrženým opatřením
	Záznam o kontrole provedených opatření a o jejím výsledku Datum a podpis vedoucího pracovníka Datum a podpis odborového orgánu
15	Adresa zdravotnického zařízení, kde byl zraněný ošetřen – léčen
16	Místo pro další záznamy (např. o odškodnění úrazu, výsledku regresního řízení, uplatnění kárných postihů)