

# ZÁZNÁM O ÚRAZU

Podorlická hasičská liga 2024

MÍSTO ÚRAZU:

DATUM ÚRAZU:

.....

.....

JMÉNO: .....

ČAS ÚRAZU: .....

PŘÍJMENÍ: .....

DATUM NAROZENÍ: .....

RODNÉ ČÍSLO: .....

BYDLIŠTĚ: .....

TELEFON: .....

ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA: .....

POPIS ÚRAZU + PORANĚNÁ ČÁST TĚLA:

.....  
.....

POPIS UDÁLOSTI, KTERÁ PŘEDCHÁZELA ÚRAZU:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ALKOHOL V KRVI: **ANO** - **NE** (Pouze čestné prohlášení bez měření)

PRVNÍ POMOC POSKYTL/A: .....

TRANSPORT DO NEMOCNICE: **ANO** - **NE** DO: .....

---

*Zraněný svým podpisem souhlasí s poskytnutím svých osobních údajů, které budou použity výhradně k zapsání úrazu na příslušném OSH případně bude záznam poskytnut příslušné pojišťovně. Dále svým podpisem deklaruje pravdivost poskytnutých informací.*

ZRANĚNÝ: .....

ZAPSAL: .....

Podpis: .....

Podpis: .....