

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/i urodzony/a

/imię i nazwisko/ /data urodzenia/

W zamieszkały/a w

ul., zatrudniony/a w

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
/rodzaj dokumentu seria numer/

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 20.11.2024r.

uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,
co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 20.11.2024r.
2 10:00 15
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 7:00
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 15:00
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): poinstruowanie
pracowników o ich zadaniach tego dnia
3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis i przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne): W dniu 20.11.2024r. praca rozpoczynała się o godzinie 7:00. O godzinie 17:15 odejmonowotom

planetek kabepiecących drewno przed oleścem...
 a paliło roślin przeciwnie. Pole były
 przygotowywane do transportu. Zaczęłam
 nosić planetek i upadłam na prawo. Była
 Pocałunkiem bóli. Nie miałam puchnąć i była
 niekwestionowana. Nie dostałam rady sama wstać,
 pomógł mi pracownik pan...
 który do mnie podbiegł. Zawołał mojego syna,
 a którym poszłam do domu. Po ok. pół godziny
 syn zawiadził mnie do lekarza roztępiennego
 i zwinie. Lekarz wypisał mi skierowanie
 do psychodni ortopedycznej. Syn zawiadził mnie
 do... do szpitala, gdzie zarejestrowałam
 się na SOR, ale czas oczekiwania był bardzo
 długi. Poszłam więc do psychodni przy szpitalu,
 gdzie lekarz podzielił się mną przyjmując.

[Handwritten signature]

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak nie*

– nazwa, typ urządzenia, data produkcji

[Handwritten signature]

– czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):

-
-
5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: **tak / nie / nie dotyczy***
- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): *buty.....*
odzież ochronna, rękawice.....
 - czy stosowane środki były właściwe i sprawne:
8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: ~~tak / nie~~ / **nie dotyczy***
- czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby:
9. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: **tak / nie***
10. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: **tak / nie***
11. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: **tak / nie***
- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: **tak / nie***
 - stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: *odzież ochronna.....*
og. ochrona o.c.p., buty.....
12. W chwili wypadku ~~byłem/am~~ / **nie byłem/am*** w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.
- Stan trzeźwości w dacie wypadku: ~~badany przez organ policji / badany w czasie udzielania pierwszej pomocy lekarskiej /~~ **nie był badany***.
13. W sprawie ~~były~~ / **nie były*** podjęte czynności wyjaśniające przez organy kontroli państwowej – tj. policji, prokuratury, inspekcji pracy, dozoru technicznego, inspekcji sanitarnej, straży pożarnej (jeżeli tak, należy podać przez jakie – adres, nr sprawy / decyzji, stan sprawy – zakończone / w trakcie / umorzone itp.)
-
-
-
-
-
-
14. Pierwsza pomoc
- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: *20.11.2024 r.*

- nazwa placówki służby zdrowia: S.
Urządowo - Ortopedyczna
- okres i miejsce hospitalizacji: _____

- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: złamanie
nasady dalszej kości promieniowej
- niezdolność do świadczenia pracy: od 21.11.2024 r. - 26.03.2025 r.
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

2.05.2025r.
/miejscowość i data/

.....
/podpis poszkodowanego/

Protokołował i potwierdził własną ręczność podpisu

.....
/podpis i pieczęćka/

★ **niepotrzebne skreślić**