

ZAPIS WYJASNIENIŃ POSZKODOWANEGO

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Pan/i.....
(imię i nazwisko)

.....urodzony/a....

Wzrost 2075 -06- 18

(data urodzenia)

L. zał.

wzamieszkały/a w ...

ul.

, zatrudniony/a wMECHANIKA POJAZDOWA

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/am w dniu10.04.2025r.....

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku...10.04.2025r....warsztat samochodowy....godz. około 9³⁰.....

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku.....8⁰⁰

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku 16⁰⁰

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej).....

.....naprawa samochodu VW Passat nr rejestr.....

3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis/ przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne) – należy uzupełnić, jeżeli w zawiadomieniu o wypadku nie zostały szczegółowo opisane okoliczności i przyczyny wypadku:

W dniu wypadku 10.04.2025r. rozpocząłem pracę w zakładzie MECHANIKA POJAZDOWA w której jestem właścicielem. Około godz. 9³⁰ zjechałem z kanału diagnostycznego na zewnątrz warsztatu. Wróciłem do warsztatu ponieważ zapomniałem zabrać osłonę silnika. Przechodząc koło kanału, w pewnym momencie poślizgnęła mi się noga, straciłem równowagę i wpadłem do kanału uderzając ciałem w najazd kanału. Wyszedłem o własnych siłach mocno obolały. Później zauważyłem, że była rozlana niewielka plama płyn chłodniczego co było przyczyną mojego poślizgnięcia. Poszedłem do pracownika pana..... który naprawiał inny samochód i nowiedzialem mu o zdarzeniu. Ponieważ odczuwałem mocny ból w ramieniu i klatce piersiowej pan..... dwiół mnie na Izbę Przyjęć szpitala w Żywcu. Tam wykonano prześwietlenie. Nie stwierdzono złamań. Założono mi chustę trójkątną oraz dano mi leki przeciwbólowe, następnie wróciłem do domu.

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: ~~tak~~/nie*
- nazwa, typ urządzenia, data produkcji.....
-nie dotyczy.....
-
- czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób).....
-nie dotyczy.....
5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak/ ~~nie~~/~~nie dotyczy~~*
~~nie dotyczy~~*
- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.)
-buty robocze, ubranie robocze
- czy stosowane środki były właściwe i sprawnetak.....
6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: ~~tak~~/~~nie~~/ nie dotyczy*
- czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby
-nie.....
7. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: tak/ nie*
8. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak/ nie*
9. odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak/~~nie~~*
- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak/ nie*
- stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka:.....
-buty robocze antypoślizgowe.....
-
10. 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 policyjny / badany w czasie udzielania pierwszej pomocy lekarskiej~~ / nie był badany*.
11. 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 - zakończony / w trakcie / umorzony itp.)
-
-nie dotyczy.....
-
-
-
-

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu - w dniu10.04.2025r.
- nazwa placówki służby zdrowia
.....SZPITAL Ź Izba Przyjęć.....
- okres i miejsce hospitalizacjinie dotyczy.....
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej
.....stłuczenie stawu ramiennego lewego, uraz kręgosłupa oraz klatki piersiowej.....
- niezdolność do świadczenia pracyod - 10.04.2025 do - nadal
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am* na zwolnieniu lekarskim.

(miejscowość i data)

(podpis poszkodowanego)

Protokolował i potwierdził własnoręcznie podpisu

Tożsamość ustalono
na podstawie
dokumentu tożsamości (podpis)

* niepotrzebne skreślić

ZAKŁAD SPOŁECZNYCH		
Wpłynęło	2025-06-18	L. zał.
Nr rej.	(11)	