

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/am w dniu

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 01.07.2024 r.,
GODZINY RANNE, ok. 8.30
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 7.00
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 18.00
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej):
Przedłużone skryj zaledwie bus
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: Przedłużone skryj zaledwie bus od 19.00 r. Moim głównym zajęciem jest zapotrzebowanie
moich dzieciów i żony. To dotyczy zaledwie bus, noworodków i treningów. Ma poszczególne skryj.

W dniu 01.07.2024 r. od samego samego przygotowanym
Sip. W. Horwathem do mnie do pośrednika po towar.
Przystępem do ponadawcę skryj i edukacyjnej buse.
Następnie z jednostką busa skryj kierowca z pustym
butelkami nie wyjmując i nie dając pojechać po towar.
Kiedy kierowca skryjli nie poce chwilkiem zająć
ze skryj i edukacyjnej, rano było mokro i moje
stopie poślizgnęły się nie obnaż skryj w sposób
niekontrolowany, uderzając ze skryj i edukacyjny
nie poślizgać, mogę w pierwszej kolejności wykucidele Sip
niekontrolując uderzając bol zebrać się kolejno
opuchnąć i uderzyć w głowę bol.

W tym samym dniu uderzeniu się nie
wizyta do lekarza

lek med. Cabinet lekarski

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

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji

- 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.....
-
- czy stosowane środki były właściwe i sprawne:
6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / nie / nie dotyczy*
– czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby:
-
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:
-
-
-
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 policji / badany w czasie udzielania pierwszej pomocy lekarskiej / nie był badany*.
11. W sprawie były / nie były* podjęte czynności wyjaśniające przez organy kontroli państowej – 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.)
-
-
-
-
-
-
-
-
-

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 01.07.2024r.
- nazwa placówki służby zdrowia:
.....
- okres i miejsce hospitalizacji:
.....
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: SŁĘZAKI SKREĆENIE
LNADEKANIE INNYCH NIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI KOLANA
- niezdolność do świadczenia pracy: OD 01.07.2024r.
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim
.....

23.12.2024r.

(miejscowość i data)

(podpis p o s z k o d o w a n e g o)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

(podpis)

* niepotrzebne skreślić