

ZAPIS WYJAŚNIENÍ POSZKODOWANEGO

Pan/i urodzony/a ...
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

-zatrudniony/a w ...

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) ..

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu ..04-10-2024

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: ..04.10-2024 OK. 12³⁰

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku;6⁰⁰

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku;17⁰⁰

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): ..ZAKŁADNIK AUTA

..DOSTAWCZEGO ORAZ ..SUKCESYWNE DOSTARCZANIE

..PRZESYŁEK ZGODNIE Z USTALANĄ TARSĄ

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 04.10.2024

..PODZAS WYKONYWANIA CODZIENNYCH OBOWIĄZKÓW

..Z WYKONYWANĄ PRACĄ ZWIĄZANĄ Z DOSTARCZANIEM

..PRZESYŁEK DO KLIENTÓW, W PRZECIEG TAKIEGO

DOPŁACENIA WYSIADAKEM Z PRZESYŁKĄ Z
 CZĘŚCI CHŁADNIKOWEJ AUTA. W TRAKCIE
 TEJ CZYNNOSCI PODKREŚCIŁA MI SIĘ LEWA
 NOGA NA NIERÓWNYM DOLDKU I W WYNIKU
 TEGO WDERZYŁE KOŁANE O DROGĘ. PONIEWAŻ
 MOGŁEM CHODZIĆ DOKONCZYŁEM TEGO DNIA
 PRACĘ. JEDNAK BÓL KOŁANA NIE USTAWAŁ,
 A WRECE SIĘ NASILIŁ W DNIU 06.10.24
 UDAŁEM SIĘ NA BADANIE DO SZPITALA
 W..... ZOSTAŁAM
 SKIEROWANY NA BADANIE RIG. I ZALECONO MI
 ABYŁM UDAĆ SIĘ DO SWOJEGO LEKARZA. TEN
 SKIEROWAŁ MNIE DO SPECJALISTY-ORTOPEDY
 A TEN Z KOLEI WYSTAWIŁ MI SKIEROWANIE
 NA REZONANS MAGNETYCZNY. KRÓTKO OPIS
 TEST W ZAKĄCZENIU. Z TYM WYNIKEM
 PONOWNIE POJAZIŁEM SIĘ U ORTOPEDY. A
 TEN PO ZAPOZNANIU SIĘ Z WYNIKEM
 SKIEROWAŁ MNIE DO SZPITALA NA
 ZAKŁEG.....

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):

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 06-10-2024
- nazwa placówki służby zdrowia: TCE TCZ W
- okres i miejsce hospitalizacji: NIE
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: USZKODZENIE ROGU TYLNEGO ŁOKOTKI USZKODZENIA ŁOKOTKI PRZYSRÓDKOWEJ - RESZTA Z DOKUMENTACJĄ MEDYCZNĄ
- niezdolność do świadczenia pracy:
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

02.01.2025
(miejscowość i data)

(własnoręczny podpis)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

(podpis i pieczęć)
K

* niepotrzebne skreślić