





5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: ~~tak~~ / ~~nie~~ / ~~nie dotyczy\*~~  
 – rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): ODPOWIEDNIE  
BUTY, KASKI, ODZIEŻ OCHRONNA DO PRACY: SURYÓWKI I ODZIEŻ  
 – 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 przedmiotowych zadań związanych z prowadzeniem działalności: ~~tak~~ / ~~nie\*~~
9. Odbylem/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 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.)

## 12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 7.08.2025
- nazwa placówki służby zdrowia: bpił ml N
- okres i miejsce hospitalizacji:
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: złamał rękę kości  
PŁECHOHEJ KOSTI LEWEJ
- niezdolność do świadczenia pracy:
- w dacie wypadku przebywałem/am /nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

.....17.09.2025.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

(podpis i pieczęćka) 9

\* niepotrzebne skreślić