

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/Pani.... urodzony/a...
(miejsce urodzenia) (data urodzenia)

W .., zamieszkały/a w ...
(miejsce urodzenia) (adres zamieszkania)

zatrudniony/a w ..
(firma)

Dokument tożsamości (dowód osobisty/paszport).....
(seria i numer)

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 23.09.2025 uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 23.09.2025 godz 11:20

warsztat samochodowy 619

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku 8:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku 16:00

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej) przygotowanie stanowiska pracy oraz pojeździ do zleconego zlecenia klienta

3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis, przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne):

Data 23.09.2025 r rozpocząłem pracę o godz 8:00 w firmowym warsztacie naprawczym zgodnie z zaplanowanym harmonogramem prac na daną dzień. Do pracy przystąpiłem w pełni wyposażony i wyposażony w

środku ochrony osobistej. Po skąpaniu w niezbędnych narzędzi do pracy, zacząłem się realizację pierwszego zlecenia mojego klienta tj. montażem helingów dachowych przy samochodzie dostawczym. Do pracy użyłem drabiny rozstawnej ustawionej na stabilnym, równym i utwardzonym podłożu. Wzrosłem do połowy wysokości drabiny i za pomocą czyszczywa zacząłem czyścić zabrudzone osadami z liści rynny orientowane na dach pojazdu. Podczas schodzenia z drabiny po kolejne suche i czyste czyszczywo znajdując się na trzecim szczeblu drabiny nagle noga zsunęła mi się ze szczebla. Na skutek tego zdarzenia straciłem równowagę i spadłem na podłoże. Mój brat, który też był w warsztacie podbiegł do mnie i zapytał co się stało. Powiedziałem mu że bolą mnie plecy. Mój brat wezwał pogotowie ratunkowe, którym zostałem odwieziony do szpitala.

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/buty ochronne itp.): *odzież robocza, obuwie robocze, rękawice, okulary ochronne*
- czy stosowane środki były właściwe i sprawne: *tak*

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. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: ~~tak/nie*~~

- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: ~~tak/nie*~~
- stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: *ustawienie drabiny na stabilizacji i równym podłożu*

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.:

policii, 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: *23.09.2025*

- nazwa placówki służby zdrowia: Szpital Specjalistyczny

- okres i miejsce hospitalizacji 23.09.2025 - 01.10.2025

Szpital Specjalistyczny

- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej złamanie kompresyjne trzonu kości oraz złamanie masywno bocznego prawego i lewego kości łokciowej.

- niezdolność do świadczenia pracy: 23.09.2025 - 01.12.2025

- w dacie wypadku ~~przebywałem/am/~~ nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

02.10.2025

(miejscowość, data)

J
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

STARSZY REFERENT

(podpis i pieczęć)

*niepotrzebne skreślić