

Zapis wyjaśnienia poszkodowanego

Pan/i: [] [] urodzony/a: []
(imię i nazwisko)
W: [] zamieszkały/a w []
ul. [] zatrudniony/a w []
Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport): []
Rodzaj dokumentu: seria []

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/uległam w dniu: 22.09.2025 r.
uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,
co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 22.09.2025 r. godz. 14:00
M.A.G.A. 25 IV
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 14:00
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 18:00
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): PRACOWNIK A.D.Z.F.V.I.E
P.O.J.A.2.D.V. C.I.E.2.A.R.O.P.I.V.E.G.P. R.O.Z.1.A.D.V.M.E.K. P.O.J.A.2.D.V.
22.09.2025
3. Rodzaje okoliczności i przyczyn wypadku (opis i przyczyny technicznej, ludzkiej, organizacyjnej):
P.O.D.C.Z.A.S. P.R.A.C. P.R.O.V.N.D.A.V.Y.C.H. P.R.A.C. P.O.J.A.2.D.V.
Data: 2025 r.

JOLANTA ODSŁAWIŁEM ARAWA STOPĘ WZDŁĘŻ DO
 PALETY WIELOPOPRAWIENIA TEJ CZYNNOSCI TA ^{PRACOWNIK} NA SĄROCHACH
 PALETOBROJANO WIELOPOPRAWIENIA ZA PRACOWA
 KARBU PRZEPRAŁAŁA PRZY PRZEFUNKCYONOWANIE
 NA PRACOWNISZCZYNIE PODZIEMNYM, CHROPIECY USTOJNE
 NADMIERZAN RÓWNIEM ZE TEGO DZIAŁA NA
 SAMOCHODZIE BYŁA SUCHOŚCI
 BYŁA W BRAMIE ZGODNIE Z BHP O OPRACOWANIACH
 NA WYKONANIE WYK. RÓDZIE (ROZKROJENIE)
 KILKULENIA ODRĘBAS KOLOR
 PODURAZIE BÓL POWODŁ SIĘ NASTLAŁ
 Z TĘŻ PRZEPRAŁY NIE ZAPOŚŁEM SIĘ ODRĘŻU DO
 ODRĘŻU MAGAZYNU Z WYŚWIETLACZEM
 TO WYŚWIETLACZ 29.10.23
 PRZY WYKONANIE DZIAŁA MAGAZYNU BÓL BYŁ NA TYŁE
 WYŚWIETLACZU MOŻLIWE M. Z TĘŻ NA NAJBLIŻSZY
 KRAJOWY GŁOZ NIE BYŁEM W STANIE PROWADZU
 ODRĘŻU
 ODRĘŻU PRACOWNIA ZA WYKONANIE PRZEBIEŻ
 WYKONANIE ADY ^{29.10.23} PRZEPRAŁAŁA ^{29.10.23} SĄROCHACH
 ALE WYKONANIE MNIEŻA WYŚWIETLACZ DO NAJBLIŻSZEGO
 SZPITALA
 ZLECENIA TRANSPORTOWE PRZEKAZYWANE SA
 WYKONANIE PRZEBIEŻ E-MAIL NIE
 PRZEPRAŁAŁA TEGO DOKUMENTU

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn 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 OCHRONNE, KASK, ODZIEŻ OCHRONNA*
6. Czy stosowane środki były właściwe i sprawne: *ZŁY*
 - 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 przypisanego zadani związanych z prowadzeniem działalności: tak /nie/
9. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak /nie/
10. Posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak /nie/
11. Stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: *BUTY, ODZIEŻ OCHRONNA*
12. 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 kontroli / badany w czasie udzielania pierwszej pomocy: lekarz / nie był badany*
13. 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 - zakończenie / w trakcie / umorzone itp.)
14. Pierwsza pomoc
 - pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu: w dniu: *22.09.2025*

~ nazwa placówki służby zdrowia: S.P.I.T.A.L. MIEŃSKI

~ okres i miejsce hospitalizacji: 22.05.2025 r. 2025 r. 23.10

~ rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: ZŁAMANIE IV

KOŃC. ŚRÓD STOPA. PRAWE KO

~ niezdolność do świadczenia pracy: BRAK ZODPOWIEDZALNOŚCI

P. P. W. A. D. Z. I. E. W. I. A. P. O. T. A. Z. D. U.

~ w razie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

22.10.2025
miejscowość i data

Protokolować i potwle reżność podpisu

/pbc

* niepotrzebne skreślić