

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

W zamieszkały/a w

ul., zatrudniony/a w JEDNOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 21.07.2025r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 21.07.2025r.
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 OKIEN DO MONTAŻU FOLI ANTYWŁAMANIOWYCH (POŁCZONIE MYCIE, DEMONTAŻ LISTEW WYKONCZENIOWYCH WOKÓŁ SZYB), APLIKACJA FOLI)
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 CELU ZAŁOŻENIA FOLI ANTYWŁAMANIOWYCH STANDARDOWO NALEŻY ZDEMONTOWAĆ LISTWY WYKONCZENIOWE WOKÓŁ SZYB OD STRONY WEWNĘTRZNEJ. PODCZAS APLIKACJI FOLI NASTĄPIŁ NAGŁY RZYMUCH. CHŁADU, KTÓRY WYPCHNĄŁ SZYBĘ Z RAMY. SZYBA SPADEŁ NA MÓJ NADGARSTEK I SPODŁ OSTRĄ KRAWĘDZIĄ PRZECIĘTĄ SKURĘ W 3 MIEJSCACH, PODATKOWO USZKADZAJĄC MIĘŚNIE I ŚCIEGNO

PROSTOWNIKA PALCA IV RĘKI LEWEJ

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.):

OBUWIE ROBOCZE

– 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: **OPRUCHIE BHP**
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: **21.07.2025r.**
 - nazwa placówki służby zdrowia: **MODEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR2**
 - okres i miejsce hospitalizacji: **21.07.2025r. DO 22.07.2025r.**
MODEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
 - rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: **URAZ...MIĘŚNIA...I...ŚCIEGNA**
PEŁYSTOWNIKA...INNEGO PALCA NA PODŁOŻE...NADGARSTKA...I...DEKI.
 - niezdolność do świadczenia pracy: **TAK, 14% OD 21.07.2025r. DO 28.08.2025r.**

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

05.09.2025

(miejscowość i data)

Protokołował i potwierdził własnoręcznie podpisu

(podpis i pieczęć)

* niepotrzebne skreślić

Ustalenie tożsamości wnioskodawcy
zostało dokonane na podstawie
dokumentu osobistego/ innego dokumentu
..... SZY SPECJALISTY