

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

w zamieszkały/a w
ul. zatrudniony/a w

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 12.10.2024r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 12.10.2024.
...0k...10⁰⁰
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 7⁰⁰
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 12⁰⁰
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): PRAC T N
DRA BINIE
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:
BLOKA DA J R DRA BINIE LYSKO CZYŁT
ZE SWOJEGO MIEJSCA DRA BINA
SIE ZTOSZYŁA J R ZLIZKU Z CZYM

SPADEM Z WYSOKOŚCI OK. 120 m - 150 m.
UDERZENIEM LEWA PIĘTA U Najszybszy
SZCZEBEL DRADINY

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.): KASK BUTY

6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / nie / nie dotyczy*
– czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby: NIE

7. W trakcie pracy przestrzegalem/am zasad BHP: tak / nie*

8. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak / nie*

9. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*
– posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie*
– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: ASEKURACJA DRADINY PRZEZ INNEGO PRACOWNIKA

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 lekarzowej / nie był badany*.

11. W sprawie były / nie były* podjęte czynności wyjaśniające przez organy kontroli państowej – 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: 15.10.2024
- nazwa placówki służby zdrowia: Klinikę Wschodnią
- okres i miejsce hospitalizacji: 15.10.2024 godz. 10:55 do 15.10.2024 14:26
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: 26.10.2024 NIE
Kości PIĘTOŁEJ
- niezdolność do świadczenia pracy:
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

04.02.2025

(miejscowość i data)

(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

SPECJALISTA

R. (podpis i pieczęć)

* niepotrzebne skreślić