

Występlo	2025 -09- 30	L. 1a.
Nr Ref.		

... Załącznik nr 1 do Procedury
Obsługa zawiadomienia o wypadku
wydanej pismem okólnym Nr 2
Dyrektor Departamentu Świadczeń Emerytalno-
Rentowych wyjeślnia dnia 3 września 2015r
Wersja Procedury 1.1

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/-...
Imię i nazwisko/
zamieszkały/a w.....

..urodzony/a.....
Data urodzenia /

W.....

zatrudniony/a w.....
współwłaściciel.....

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport).....
Rodzaj dokumentu seria numer

W związku z wypadkiem jakim uległem/uległam w dniu.....
uprzedzony(a) o odpowiedzialności karmę za składanie fałszywych zeznań oświadczam,
co następuje;

1. Data, miejsce i godzina wypadku:22.09.2025r godz. 14.30

.....

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku:08.00.....

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku:16:00.....

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności)W dniu w którym doszło do zdarzenia pracę rozpoczęłam o godzinie 08.00. Praca polegała na weryfikacji i przygotowaniu zamówień na dany dzień oraz bieżąca kontrola przebiegu procesu produkcji.

.....

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

.....

Jestem wasnówłaściwicielem.
Po moich obowiązków należy obsługa działu zajmującego się przyjmowaniem i realizacją zleceń dotyczących zamówień, jak również kontrola i weryfikacja produkcji pod kątem zamawianego produktu. Firma zajmuje się produkcją desek, drewna budowlanego, palet itp. Po weryfikacji i przyjęciu oraz wydaniu do realizacji zamówień na dany dzień około godziny 14.00 udało się na halę produkcji sprawdzić gotowe wyroby ich ilość i jakość oraz zweryfikować stan magazynu aby podjąć decyzję co do dalszej produkcji.

Biuro w którym znajduje się moje stanowisko pracy znajduje się na piętrze budynku. Aby udać się na halę produkcyjną należy zejść po schodach. Schodząc szybkim krokiem, w pewnym momencie na skutek pośpiechu doszło do milnięcia przez mnie ostatniego stopnia schodów w wyniku czego straciłem równowagę i upadłem na twarde podłożę. Ratując się odruchowo podparłam się rękoma. Poczułam ból w prawej dłoni, myśląc, że to chwilowy efekt uderzenia udało się na halę produkcyjną kontynuując pracę. Po powrocie do biura ból był ciągle odczuwalny, poinformowałam współpracownicę i jednocześnie zaistniałym zdarzeniu. Po zakończonej pracy udało się do domu,

z myślą iż boi minie zastosowałam zimne okłady. W godzinach wieczornych ból w dalszym ciągu utrzymywał się, pojawił się obrzęk, podjęłam decyzję o udaniu się na Izbę Przyjęć do Szpitala w celu konsultacji lekarskiej.

Na miejscu lekarz dyżurujący zalecił RTG ręki prawej, po uzyskanym wyniku postawił diagnozę złamanie 4 kości śródręcza z przemieszczeniem. Zalecił złożenie szyny gipsowej oraz wypisał skierowanie do Poradni Ortopedyczno-Urazowej celem dalszej konsultacji lekarskiej i ewentualnej decyzji co do operacyjnego leczenia urazu. Otrzymałam odpowiednie leki oraz zwolnienie lekarskie na okres od 22.09.2025 do 03.10.2025r

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak/nie*
 - nazwa, typ urządzenia, data produkcji nie dotyczy

- czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):
 nie dotyczy

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak/nie/ nie dotyczy *
 - rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.)
 nie dotyczy

- czy stosowane środki były właściwe i sprawne:

8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak/nie / nie dotyczy*
 - czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby:nie.....

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

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

11. Odbyłem stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*
 - posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie*
 - stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka:

12. W chwili wypadku byłem/sem/ nie byłem/sem* w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.

Stan trzeźwości w dacie wypadku: badany przez organ policii/ badany w czasie udzielania pierwszej pomocy lekarskiej / nie był badany.*

13. 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.)

ZGŁOSZENIE O WYPADKU PRACY	
Wypadek	2025-09-30
L. zał.	
Nº Rej. (2)	

M

14. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dniu urazu – w dniu **22.09.2025**.....
- nazwa placówki służby zdrowia: ...Szpital w - Izba Przyjęć.....
.....
- okres i miejsce hospitalizacji:
-
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: **zlamanie 4 kości śródramienia z przemieszczeniem**.....
.....
- niezdolność do świadczenia pracy: ...od **22.09.2025** do
-
- w dniu wypadku przebywalem/am nie przebywalem/am na zwolnieniu lekarskim
-

2025 -09- 30

miejscowość i data

podpis poszkodowanego

Protokołował i potwierdził własnoręczność: podpisu

/podpis

* niepotrzebne skreślić

Tożsamość ustalono
na podstawie
dokumentu tożsamości

ZAKLAD GOSPODARCZY		
Wpłynęło	2025 -09- 30	L. 700
Nr Ref. (7)		

