

Pesel:

K
D

| | | | |
|---------|------|--------|-----|
| ZAKLAD | | | |
| 166 p. | WWWW | UU | U U |
| WAKHELO | -9- | Podpis | |
| 0841367 | | 1702 | |

.10

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pap/j urodzony/a ..

(data uroazenia)

w zamieszkały/a w ...

ul.atrudniony/a w ... *hala... sklep... gospodarka... gospodarka... gospodarka...*

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu ...18.04.2015 r......

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

Przyczyników (do 10 osób). W chwili zdarzenia tj. 18.07.2021
przedziałem do prawy na głowę. R.00. Po przebraniu
oburze przespiata do obózg. Clienta 2^o muz na
zmianie bieg... obr. osoby... Pauli.

... głowy... czas 15:00 prawe przedramiona
bez problemów. Rastące poziomu nie zapobiegano
ale natomiast skutecznie mimo iż do głowy
weszły z lubieniem na skronisko prawe, nagle
i mocno próbując ramię wykucia mi się prawie stopa
(tak skrzemtu) co powodowało utratę równowagi
i upadek. Upadając podpanał się prawą nogą,
której porażeniu ochroniły lewe. W lewej ręce
wywróciły głowę z lufą. Przewrócone w taki sposób
potknęły się o lufę i uderzyły po głowę. Szyja, kark
i ramię zmieniły się w żółtych szare, białych
i czerwonych. Mimo iż skierowano do Szpitala Specjalistycznego
w... Tarnu po Galicyi i zaproponowano
RTG z którym pojechał do Tarnowa. Naszczyt dalszy...
Kostki promieniowej prawej złamane. Typ gipsu.
Wykonano zwolnienie głowiskowe oraz średnicowe
i po prawej chwytu emisarz - ekspedytem
zabiegów.

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... przesłej... potoku...
– 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: ...
...nie... decyzjy....

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. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*
– posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie*
– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: ...
...nie... przesłej... potoku....

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 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: 18.04.2025.
- nazwa placówki służby zdrowia: Zarząd Zdrojów leczniczych i rekreacyjnych Szpital Specjalistyczny
- okres i miejsce hospitalizacji: 18.04.2025. do 19.04.2025.
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: 2 Tomoskop miedzy dolnej części ramienia i blu prelej
- niezdolność do świadczenia pracy: od 18.04.2025. do 20.04.2025.
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

06.06.2025.
(miejscowość i data)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

Janusz

(p)

* niepotrzebne skreślić