

## ZAPIS WYJAŚNIEN POSZKODOWANEGO

Pan/i ...

.. urodzony/a ..

W ..... zamieszkały/a w ..

ul. ....  
.. urodzony/a w ..

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu ..... 20.12.2024r. ....  
uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,  
co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: ..... 20.12.2024r. ....  
..... godzina ok. 9.30 .....
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: ..... 7.00 .....  
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: ..... 15.00 .....  
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane  
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): ..... wykopy rowów .....  
..... i rozpytywanie rowów .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
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:  
..... Dnia 20.12.2024r. doznałem wypadku w pracy .....  
..... Na zlecenie firmy .....  
..... wykonując prace .....  
.....

2025-01-27

Urząd Świadczeń Emerytalnych - 2  
WP

po ułożeniu w nim kabla energetycznego  
 w trakcie m. robót ok. godziny 9.30 poszedłem  
 do samochodu w celu wymiany słowników  
 roboczych. Przy wychodzeniu z samochodu  
 typu BUS zachwyciłem się o nogę i wypadłem  
 z pojazdu uderając prawym biodrem o  
 tworzywo betonowe mówniczkę.  
 W skutek upadku poczułem silny ból w nocy.  
 Na miejscu wypadku została wezwana karetko-  
 pogotowie Ratownicze z karetką, skierowali mi  
 przede wszystkim, a następnie zalecyli  
 o przeniesienie do szpitala. W szpitalu  
 Szpitala Praskiego przy ul.  
 Pł. Wykonano niezbędne badania lekarskie stwierd-  
 ziłam złamanie żyłki kości udowej prawej.  
 W wyniku tego złamania konieczne było  
 wykonanie operacji scalenia złamanej żyłki  
 kości udowej prawej oraz hospitalizację we-  
 okół 5 dni.

Brak śladów

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak nie\*

– nazwa, typ urządzenia, data produkcji .....  
 we obsługi

– czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):  
 we obsługi

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie / nie dotyczy\*  
- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): buty robocze, odzież ochronna, kask  
- czy stosowane środki były właściwe i sprawne: taki
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 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: taki
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.)

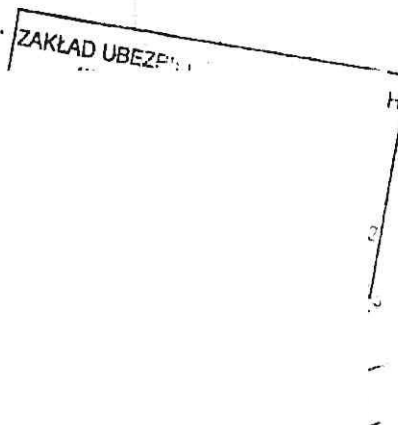
## 12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: ..... 20.12.2024r. ....
- nazwa placówki służby zdrowia: .. Sanital ..
- okres i miejsce hospitalizacji: ..... 20-24.12.2024r. ....
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: .....  
 ..... złamanie szyjki kości udowej, prawej .....
- niezdolność do świadczenia pracy: ..... 20.12.2024r. – 31.03.2025r. ....
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

Kamienica, 26.01.2025r.  
(miejscowość i data)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

(podpis i pieczętka)



\* niepotrzebne skreślić