

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pan/i

urodzony/a

(imię i nazwisko) (data urodzenia)

w zamieszkały/a w

ul zatrudniony/a w Ni Własna działalność

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 02.07.2025 r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 02.07.2025,

Sul. [Blok mieszkalny] Godz. 23:47

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 04:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 04:00

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (wykł. czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej):

Uслуги транспорту...dlanegoego...towarów - Rozwozanie
określonej liczby...posiłków...Cateringuowych...do...klientów...
także...swojego...usług...kupiono...Działalność

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 dniu 02.07.2025 r. rozpoczętem
pracy o godzinie 04:10 na stawisku...Kierowca kurier
w...cięty...bol...sp. 2.0.0. K. Maim. Zadaniem
na ten dzień było...rozwiązanie...cateringu...slo...85

klientów. Około godziny 23:47 podczas dostarczania cateringu [red.] ul. [red.] miejscowości [red.] na piętrze budynku mieszkalnego po dostarczeniu przesyłki bieżącą do auto na wysokości schodów portowych posługiwał się uciążającym dźwigniem głowy, z którym nie zdąziałem unieść pleców i dosiąść do udeżenia o stopniach schodów po upadku i kilkunastu minutach które upływały przypomina edycjalnego bólu i dotarłem do auto w pojechalem na S.O.R. do [red]. Około godziny 1:22 odnia 03.07.25 zgłosiłem się na szpitalny oddział ratunkowy, gdzie po mykomuniu TK (stwierdzono żamanie lewego tygostka poprzecznego kregu L1 bez pozostałości przewierczem i bilmów kostnych. Zostałem wpisany 2.S.O.R. - do tego samego dnia o godzinie 2:10 razem z założeniami dalszego leczenia. Otrzymałem zwolnienie lekarzkie od 03.07 do 18.07.25 po dostarczaniu do auto wykomiałem telefon do Kierownika regionalnego, którym informałem go o zdarzeniu? Informacji (że udaje się na S.O.R. wyznaczając innego kierowcę do rozwożenia pozostałych pasażerów)

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tele / 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.):
.....
– czy stosowane środki były właściwe i sprawne:
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. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*
– posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: ~~tak/nie~~ / nie*
– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: *Na podstawie ART 237³ p.v 2¹ Kodeksu pracy, nie jestem zobowiązany do szkolenia BHP dla pracodawcy, ponieważ nie zatrudniam pracowników.*
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: 03.07.2025
- nazwa placówki służby zdrowia: S.O.R. [redacted] Szpital W [redacted]
[redacted]
- okres i miejsce hospitalizacji: od 03.07.2025 godz 1:22 do 03.07.25 w godz 2:10 S.O.R. [redacted]
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: złamanie lewego...
...hypertroficznego poprzecznego kregu L1 bez istotnego przemieszczenia
...odłamów kostnych
- niezdolność do świadczenia pracy: 03.07 - 18.07.25 / 19.07 - 14.08.25 / 15.08 - 31.08.25
- w dacie wypadku przebywał/łam nie przebywał/łam na zwolnieniu lekarskim

[redacted] 03.03.25r

(miejscowość i data)

[redacted]

(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

SPECJALISTA

M.A.

(poc...-...-...)

T

* niepotrzebne skreślić