

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)
(rok i kolejny numer dokumentu)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 30.05.2025

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 30.05.2025 ok 9⁰⁰

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 6⁰⁰
 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 17⁰⁰
 Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej):
 nadzór bud. firmy

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 30.05.25. ROPOCIOKEM PRACZ
 od godz. 6⁰⁰ w ZAKRADYCIEKCIE
 w zamiejskim radiostacji nadlopci BUD. FIRMY

FIRMY.....
...OKOŁO GODZINY 9⁰ DODCIPS. RUTYNOWEG
...CO DZIENNY KONIECZNA BYŁA WYR
...ODCINARKA POMIAROWA PRAC. SPRAWDZAC
...POD..... NAPADCIEM DU
...NIE ODKRYTA WYKŁADNIKI
...OTKRYTE TECHNIKOLOGICZNEGO
...OŚRODEK MIPC GŁĘBOKOŚĆ 0,60m.
...WYS. NAPADCIĘ PC PRANĄ NOGĄ I CĄSYM
...CIEŻKIM PODCIĘCEM SICZY BSC
...I WIC BYŁEM JUŻ W SIŁOWIE SIĘNAĆ
...NA BOXACEJ WÓDE
...SNARIKOWIE CPGEGO IDĄCA WYPRZEDAŻ
...MIAŁE W SPŁYCICĄCE MIEJSCE
...NOGA ZAKŁĘTA PRZEWROCIŁA A BSC NIECSWADZE
...SAMOCZŁODEM FIRMONUM "ANKI" OSIRYC-1
...ODNIEZIONY DO SOR-OCHUSI CELEM
...ZDIAGNOLOWANA URAIU.
...PO PRZESŁUCHANIU ZIG-SINEEDROG
...ZERWANIE KOŚCI PIĘŚIY PRANEJ NOGI
...DO Dnia 01.08.2025 MAM SIĘ KOSIĆ
...NA NIEYYIG KOLEJNA - SPPIAL DG

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.):
-
- 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:
-
7. W trakcie pracy przestrzegałem/aim 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:
50%
-
-
-
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 udzielenia 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: 30. 05. 2025
- nazwa placówki służby zdrowia: ZOK - 1
nowy szpital u.
- okres i miejsce hospitalizacji:
.....
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej:
ZAKOŁOŃC EKOŚCI RĘCZY - PRADA WUGA
- niezdolność do świadczenia pracy: do 01.08.2025
- w dacie wypadku ~~przebywałem/am~~ / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim
.....

DC. 03.07.2025

(miejscowość i data)

(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

.....
(podpis i pieczętka)

* niepotrzebne skreślić