

P.W.TOR-KOP
(Firma)

Wyjaśnienia poszkodowanego

I. Dane personalne poszkodowanego:

1. Nazwisko i imię _____
2. Data urodzenia _____
3. PESEL _____
5. Wykształcenie zawodowe
6. Zawód wyuczony kierowca
7. Stanowisko kierowca
8. Miejsce zatrudnienia _____
9. Data zatrudnienia od 1995 roku _____
10. Staż na zajmowanym stanowisku 30 lat

II. Wyjaśnienia:

W dniu 29.11.2024 r. rozpocząłem pracę od godziny 10.00 jako właściciel na terenie działki nr 35/4 dzierżawionej przeze mnie od _____ na podstawie umowy najmu terenu z dnia 01.05. 2016 r. (kopia umowy w załączeniu).. Po przybyciu na miejsce pracy wydałem dyspozycje ustne swoim pracownikom oraz dokonałem przeglądu zakresu prac przez nich wykonanych. Później około godziny 12.00 podeszedłem do stojącej na placu wywrotki żeby sprawdzić pojazd i posprzątać z resztek piasku skrzynię ładunkową wywrotki. Po sprawdzeniu wnętrza kabiny poszedłem na tył pojazdu żeby otworzyć burty wywrotki. W tym celu pchnąłem prawą ręką prawą połowę burty (zdjęcie tylnej burty w załączeniu) żeby otworzyć skrzynię ładunkową. Burtę uderzyła o stojące przy niej z prawej strony drzewo i gwałtownie cofnęła się. Cofając się ruchoma dźwignia burty spowodowała (około 12.05) przyciśnięcie małego palca prawej ręki, którą trzymałem burty w miejscu gdzie jest zamek. Poczułem bardzo silny ból, przerwałem dalszą pracę i z powodu krwawienia poszedłem do swojego auta żeby opatrzyć ranę. Po opatrzeniu rany udałem się samochodem do szpitala przy _____ Bezpośrednich świadków zdarzenia nie było. W szpitalu lekarz po zbadaniu udzielił mi pomocy – amputował opuszek palca V ręki prawej i wystawił mi zwolnienie lekarskie w terminie od 29.11. do 03.01.2025 roku.

.....
(podpis poszkodowanego)

Nr 0	10.01.2025	
ZAPIS WYJAŚNIENIA POSZKODOWANEGO		
Numer:		

Pan/i urodzony/a
(imię i nazwisko) (data urodzenia)

W zamieszkały/a w

ul., zatrudniony/a w

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu ...29.11.2024r... g. 12⁰⁵...

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

1. Data, miesiąc i godzina wypadku: 29.11.2024 12⁰⁵.....

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 10⁰⁰.....

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 18⁰⁰.....

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

Wg. WYJAŚNIENIA w załączniku nr 1 do EWYP

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:

Wg. WYJAŚNIENIA w załączniku nr 1 do EWYP

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

– nazwa, typ urządzenia, data produkcji WYKŁADK...

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

TAK

-
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. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / ~~nie~~*
- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / ~~nie~~*
- stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: SZKOLENIE BHP
..... INSTRUKCJE
.....
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 w dniu: 29.11.2024
- nazwa placówki służby zdrowia: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Warszawie
- okres i miejsce hospitalizacji: nie dotyczy
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: URAZOWA AMPUTACJA OPUSZKI PALCA V REKI PRAWEJ
- niezdolność do świadczenia pracy: od 29.11.2024 do 3.01.2025
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim
NIE

10.01.2025
(miejscowość i data)

.....
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

10. STY. 2025

SPECJALISTA

.....
(podpis i pieczęć)

* niepotrzebne skreślić

