

P.W.TOR-KOP
(Films)

Wyjaśnienia poszkodowanego

I. Dane personalne poszkodowanego:

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

II. Wyjaśnienia:

W dniu 29.11.2024 r. rozpoczęłem pracę od godziny 10.00 jako właściciel !
na terenie działki nr 35/4 dzierżawionej przeze
na podstawie umowy najmu terenu z dnia 01.05. 2016 r.
mnie od .
(kopia umowy w załączniu).. Po przybyciu na miejsce pracy wydałem dyspozycje ustne swoim
pracownikom oraz dokonałem przeglądu zakresu prac przez nich wykonanych. Później około godziny
12.00 poszedłem 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 burzę wywrotki. W tym celu pchnałem prawą ręką prawą połowę burty
(zdjęcie tylnej burty w załączniu) żeby otworzyć skrzynię ładunkową. Burta uderzyła o stojące przy
niej z prawej strony drzewo i gwałtownie cofnęła się. Cofując się ruchoma dźwignia burty
spowodowała (około 12.05) przyciśnięcie małego palca prawej ręki, którą trzymałem burzę 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 udało 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

Numer:

ZAPIS WYJAŚNIENI POSZKODOWANEGO

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 ...29.11.2024 r. g. 12.05

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

1. Data, : 29.11.2024 12⁰⁵

.....

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 10.00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 18.00

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

.... WYJASNIENIE ZATÓŻENIU M.F. DO F.N.Y.P.

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:

.... WYJASNIENIE ZATÓŻENIU M.F. DO F.N.Y.P.

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak / nie*
– nazwa, typ urządzenia, data produkcji **H.S.Y.U.S.R.O.T.K.A.**
.....
.....
– czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):
TAK

-
5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie*
- 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*
- czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby:
-
7. W trakcie pracy przestrzegalem/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: SZKOLENIE BHP
..... INSTRUKCJE
-
10. W chwili wypadku ~~bylem/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 ~~aktu~~ / 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 – zakończona / w trakcie / umorzone itp.)
-
-
-
-
-
-
-
-
-

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dniu: 29.11.2024
- nazwa placówki służby zdrowia: URZĄDOWA AMPUTACJA OPUSZKI PALCA V REKI PRAKIĘ
- okres i miejsce hospitalizacji: nie dotyczy
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej:
URZĄDOWA AMPUTACJA OPUSZKI PALCA V REKI PRAKIĘ
- niezdolność do świadczenia pracy: od 29.11.2024 do 3.01.2025
- w dniu 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

SPECIALISTA

(podpis i piec)

* niepotrzebne skreślić

