

Wniosek złożony:
świadczycielom/ płatnikom/
ubezpieczającym/ poime...

10-10-2025

ZAPIS WYJAŚNIENIŃ POSZKODOWANEGO

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

w zamieszkały/a w

ul., zatrudniony/a w WŁASNA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 09.09.2025 r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 09.09.2025
..... GODZINA 10:20

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 8:00
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 16:00

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): CIĘCIE ELEMENTÓW
NA PILE FORMATOWEJ

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 09.09.2025 OKOŁO
GODZINY 10:20 PODCZAS WYKONYWANIA PRAC ZWIĄZANYCH Z PROJEKOWANIEM
JEDNOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZĄ DOŚZŁO DO WYPADKU PRZY PRACY
CIĘCIE ELEMENTÓW OBBYWAŁO SIĘ NA PILE FORMATOWEJ I MODEL

MJ-65 KD. PIŁA JEST WYPOSAŻONA W FABRYCZNE OSTRZY I ZABEZPIECZENIA
 I BYŁY ONE SPRAWNE W MOMENCIE ZDARZENIA. CIĘCIE ODBYŁO SIĘ
 ZGODNIE Z PLANEM, JAKIE RUTYNNYM PRZY WYKONYWANIU STANDARDOWYCH
 ZASAD OBSŁUGI MASZYN. PIŁA JEST WYPOSAŻONA W PODCIĄG, KTÓRY
 POSIADA OBROT PRZECIWNIE NIŻ PIŁA TNAŁA W ZWIĄZKU Z TYM „CIĄGNIĘ-
 MATERIAŁ W TRAKCIE PROWADZENIA PIŁY DOŚĆ DO NIESPODZIEWANEGO I
 SZYBKIEGO PRZEMIESZCZENIA SIĘ CIĘTEGO MATERIAŁU, CO SPÓWODOWAŁO
 KONTAKT PŁONI Z TARCZĄ PIŁY. NA SKUTEK TEGO DOZNAŁEM POWAŻNEGO
 URAZU - AMPUTACJI KCIUKA PRAWEJ RĘKI.
 W ZWIĄZKU Z TYM, ŻE PROWADZĘ JEDYNOOSOBOWĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARZĄ, W
 MOMENCIE ZDARZENIA ZNAJDOWAŁEM SIĘ SAM NA MIEJSCU PRACY. NIE BYŁO
 ŻADNYCH ŚWIADKÓW WYPADKU.
 PO ZDARZENIU OWINĄŁEM SOBIE WCIĘTY PALEC BANDAŻEM I ZABEZPIECZYŁEM
 ODCIGI KAWATEK KCIUKA. PO TYM ZADZWOŃCIEM DO ŻONY, KTÓRA BYŁA
 W SWOJEJ PRACY I POKONFORMOWAŁEM JĄ O ZDARZENIU. PO ZAKOŃCZENIU
 Z NIĄ, ROZMOWY WYBIŁEM NUMER ALARMOWY IŻ BY ZAPYTAŁ CO ROBIĆ.
 ROZMOWA NAM PRZERWAŁA. NIE MAMIERAŁEM PONOWNIE NUMERU, BO DO
 ZAKŁADU PRZYSZŁŁ MÓJ TEŚĆ, KTÓRU ZALOŻYŁ MNIE SAMOCHODEM NA
 SOŁ. TAM UDZIELONO MI POMOCY MEDYCZNEJ.
 PIŁA, KTÓRĄ CIĄGŁEM W MOMENCIE WYPADKU BYŁA PRZEZNAČZONA DO
 PRODUKCJI SZAFKI DLA KLIENTA. NIE ZOSTAŁA
 PRZEZE MNIE SFIMALIZOWANA, W ZWIĄZKU Z TYM NIE WYSTAWIŁEM JESZCZE
 DOKUMENTU SPRZEDAŻY.

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

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji PIŁA FORMATOWA MAXTEK
 MODEL: MJ-65 KD

- czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):
 URZĄDZENIE BYŁO SPRAWNE I UŻYTKOWANE ZGODNIE Z ZASADAMI
 PRODUCENTA WARTYMI W INSTRUKCJI URZĄDZENIA.

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: ~~tak~~ / ~~nie~~ / ~~nie dotyczy~~*
 – rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): ..OSTRONY... PRZEPLECZENIA,
 URZĄDZENIA... WARTYMUJĄCE... POPYCHACZ...
 – 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: ...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: ..SZKOLENIE, ŚRODKI... OCHRONY...
 ..INDYWIDUALNEJ... PORZĄDEK... W MIEJSCU... PRACY... REGULARNA... KONSERWACJA... I...
 ..PRZEGŁĄD MASZYN... I... ELEKTRONARZĘDZI... WENTYLACJA...
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: 09.09.2025
- nazwa placówki służby zdrowia: SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
[]
- okres i miejsce hospitalizacji: 09.09. - 09.09. 2025 []
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: S68.0 URAZOWA AMPUTACJA
KCIUKA; W 31.6 KONTAKT Z 1NM I NIEOKREŚLONĄ MASZYNĄ
- niezdolność do świadczenia pracy: 09.09.2025 - 07.10.2025
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

[] 06.10.2025
(miejscowość i data)

[]
(podpis poszkodowanego)

dpisu
|

* niepotrzebne skreślić



Elementy dokumentu

Signed by / Podpisano przez:

[]