

ZAKŁAD PRACOWNI PRACOWNI		
Wpłynęło	2025 -09- 3 0	L. zał.
Nr Rej.		

.. Załącznik nr 1 do Procedury
Obsługa zawiadomienia o wypadku
wydanej pismem okólnym Nr 2
Dyrektor Departamentu Świadczeń Emerytalno-
Rentowych wyjaśnił dnia 3 września 2015r
Wersja Procedury 1.1

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/i....
/imię i nazwisko/
zamieszkały/a w.....

..urodzony/a.....

/data urodzenia/

W.....

zatrudniony/a w.....
współwłaściciel.....

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

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu.....
uprzedzony(a) o odpowiedzialności karniej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,
co następuje;

1. Data, miejsce i godzina wypadku:22.09.2025r godz. 14.30

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku:08.00.....

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku:16:00.....

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności)W dniu w którym doszło do zdarzenia pracę rozpoczęłam o godzinie 08.00. Praca polegała na weryfikacji i przygotowaniu zamówień na dany dzień oraz bieżąca kontrola przebiegu procesu produkcji.

3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis/przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne)

Jestem współwłaścicielem

Do moich obowiązków należy obsługa działu zajmującego się przyjmowaniem i realizacją zleceń dotyczących zamówień, jak również kontrola i weryfikacja produkcji pod kątem zamawianego produktu. Firma zajmuje się produkcją desek, drewna budowlanego, palet itp. Po weryfikacji i przyjęciu oraz wydaniu do realizacji zamówień na dany dzień około godziny 14.00 udałam się na halę produkcji sprawdzić gotowe wyroby ich ilość i jakość oraz zweryfikować stan magazynu aby podjąć decyzję co do dalszej produkcji.

Biuro w którym znajduje się moje stanowisko pracy znajduje się na piętrze budynku. Aby udać się na halę produkcyjną należy zejść po schodach. Schodząc szybkim krokiem, w pewnym momencie na skutek pośpiechu doszło do minięcia przez mnie ostatniego stopnia schodów w wyniku czego straciłam równowagę i upadłam na twarde podłoże. Ratując się odruchowo podparłam się rękoma. Poczułam ból w prawej dłoni, myśląc, że to chwilowy efekt uderzenia udałam się na halę produkcyjną kontynuując pracę.

Po powrocie do biura ból był ciągle odczuwalny, poinformowałam współpracownicę i jednocześnie zaistniałym zdarzeniu. Po zakończonej pracy udałam się do domu, z myślą iż ból minie zastosowałam zimne okłady. W godzinach wieczornych ból w dalszym ciągu utrzymywał się, pojawił się obrzęk, podjęłam decyzję o udaniu się na Izbę Przyjęć do Szpitala w celu konsultacji lekarskiej.

Na miejscu lekarz dyżurujący zalecił RTG ręki prawej, po uzyskaniu wyniku postawił diagnozę złamanie 4 kości śródręcza z przemieszczeniem. Zalecił założenie szyny gipsowej oraz wypisał skierowanie do Poradni Ortopedyczno-Urazowej celem dalszej konsultacji lekarskiej i ewentualnej decyzji co do operacyjnego leczenia urazu. Otrzymałam odpowiednie leki oraz zwolnienie lekarskie na okres od 22.09.2025 do 03.10.2025r

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

- nazwa, typ urządzenia, data produkcjinie dotyczy.....

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

.....nie dotyczy.....

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak/-nie/ nie dotyczy *

- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.)

.....nie dotyczy.....

- czy stosowane środki były właściwe i sprawne:

8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak/nie / nie dotyczy*

- czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby:nie.....

9. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: tak / nie *

10. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak / nie*

11. Odbylem stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*

- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak /nie*

-stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka:

12. 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.*~~ ✓

13. 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.)

Wykres		2025-09-30		L. 2a1
Nr Rej. (2)				

14. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu 22.09.2025.....
- nazwa placówki służby zdrowia: ... Szpital w - Izba Przyjęć.....
- okres i miejsce hospitalizacji:
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: złamanie 4 kości śródreczę z przemieszczeniem.....
- niezdolność do świadczenia pracy: ... od 22.09.2025 do
- w dacie wypadku przebywałem/am nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

2025 -09- 30

.....
miejscowość i data

.....
podpis poszkodowanego

.....
Protokolował i potwierdził własnoręcznie: podpisu

.....
/podpis

* niepotrzebne skreślić

Tożsamość ustalono
na podstawie
dokumentu tożsamości

ZAKŁAD OŚCIEŻENIA SIŁYCIENYCH		
Wpłynęło	2025 -09- 30	L. 7.11.
Nr Rej.	(2)	

