

Województwo Śląskie | 2025 -09- (12)

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Nr rej.

Pan/i

(imię i nazwisko)

urodzony/a ...

(data urodzenia)

W zamieszkały/a w

ul

zatrudniony/a w NIKASNA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 01.08.2025 r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 01.08.2025 r.

Godzina 13:00

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 9:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 16:00

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

DO PRAC TYNKARSKICH, PRACE TYNKARSKIE

POUEGAJĄCE NA OBROBCE OKIEN

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: PODCZAS OBROBKI

OKIEN PRZY UŻYCIU STOPNIA TYNKARSKIEGO

TRZYSTOPNIOWEGO Z BARIERKAMI WYSOKOŚĆ STOPNIA

OKOŁO 80 CM. WBRANY BŁĘKEM W ODLEZ ORAZ

OBOWIE ROBOCZE, ZNAJAC PRZEPISY BHP, Z
BARDZO DOBRYM SANOPORUCZENIEM FIZYCZNYM.
W TRAKCIE WYKONYWANIA OBOWIAZKOW, ZAATAKOWAŁA
MNIĘ OSÓB PROBUJĄC JĄ ODGONIĆ, STRACIŁ KEM
RÓWNOWAGĘ I UPADKIEM NA PODKOŁĘ
W NIKIĘ UPADKI DZIAŁAĆ
~~PODSTOJA KACZNIE ZE STAWEM SKOKOWYM - ZGAMNIĘ~~
~~INNYCH MIEŚCI PODUDZIA~~

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

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji ... NIE 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.):
...BUTY I ODRZĘDZ. OCHRONNA....., KASK.....

– 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 DOTYCZY

7. W której 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:—.....

Wpłynięte 2025-09-12
Nr rej.

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 pełnici / 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

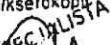
- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 01.08.2025 r.
- nazwa placówki służby zdrowia: POWIATOWY SZPITAL
- okres i miejsce hospitalizacji: 01.08.2025 r. do 08.08.2025 r.
ODDZIAŁ CHIRURGII I.R - ORTOP. SZPITAL W
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: ZKAMANIE PRAWEGO PODUDZIA
- niezdolność do świadczenia pracy: 01.08.2025 r. do 15.09.2025 r.
- w dacie wypadku przebywalem/am + nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

Nr rej.

Przypis przekształcanego

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

Ustalenie letsemu wnioskodawcy zostało
dokonane na podstawie oryginalu/kserkopii

(podpis kierowcy/REB) 

która sporządzili/pe

* niepotrzebne skreślić