

4

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/Pani..

... urodzony/a..

W

(miejsce urodzenia)

zamiesz...

(adres zamieszkania)

zatrudniony/a w TYMOTOSHINET M. ALKALOSCI GOSPODARSTW

Dokument tożsamości (dowód osobisty/paszport)..

(seria i numer)

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 12.08.2025 uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: MIEJSCE WYKONYWANIA PRACY

260

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku 07:30

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku 18:30

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej) CRUZYUENIE W KĘTRZĄ POJAZDU,

OKURZANIE, PRIME TAPCERKI, WYCIĘGANIE PŁYTIKÓW,

PÓŹNIEJ ZAPLANOWANA WYMIANA KŁÓTKI WŁASNYM SAMOCHODZIK

PEUGEOT 2008

~~PEUGEOT~~ POLY224 SAMOCHÓD JEST TOWARZEM HANDLOWCĄ

I PRZYGOTOWANIEM GO DO SPRZEDAŻY. JAJMIJĘ SIĘ NAPRAWĄ, KONSERWACJĄ I

SPRZEDAŻĄ SAMOCHODÓW

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

OKOŁO 15:30 ZAMKŁEM WYNOŚIĆ KOŁA Z GARNIÓ

W POBLIŻE SAMOCHODU SIEDZEM Z KOŁEM W REKACH,

POJAKIEM SIĘ I PRÓBUJĄC ZACHOWAĆ RÓWNOWAŻĘ

STAŁAM SIĘ LILASTOPE POSTAWIEM JAK KROK 50, PONAŁEM

„CHRAPNIECIE” I WPADECIEM, ODCHUŁAJĄC WIELKI BÓŁ
ŚWIADKILEM BYŁ MÓJ TATO, [REDAKTOWANE]
PODBIEGI, POMÓŻE MI WSTAĆ, PRZYMIOT KREŚCIE
ABY A PRZYSIADŁ CHWILE I OCHŁONAŁ. Z BÓŁU ZROBIŁO
MI SIĘ NIEDODRZE. PO KRÓTKIEJ CHWILI RAMONA
PODĄŻEŁ MI WSKAŚĆ DO FORDA, KTÓRYM ŻONA
ZAWIOZŁA MNIE NA DOR SZPITALA W [REDAKTOWANE]
TAM UDZIELONO MI NIEZBĘDNEJ POMOCY.

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

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji [REDAKTOWANE]

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

NIE DOTYKA

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

- rodzaj stosowanych środków (np. buty/kask/buty ochronne itp.):

PROFESYJNALNE ROBOCIE BUTY OCHRONNE

- 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:

NIE MAM OBOWIĄZKU,
PROWADZĘ J.D.G.

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: 12.08.2025

6
- nazwa placówki służby zdrowia: SZPITAL SPECJALISTYCZNY

- okres i miejsce hospitalizacji: JEDEN DZIEŃ - POMOC DORAŻNA
12.08.2025

- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: 583.6 SKRĘCENIE I NADERWANIE
INNĄCZ WŁOŚCI STOPY, WOLA.9

- niezdolność do świadczenia pracy: 12.08.2025-24.08.2025
PRZY WYNIK KONTROLA U ORTOPEDY PO 10-CIU DNIAŁY

- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

14.08.2025
(miejscowość, data)

(podpis poszkodowanego)

-Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

INSPEKTOR

4. SIE. 2025

(podpis pieczęć)

Urząd Ubezpieczeń Społecznych

*niepotrzebne skreślić