

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Wpłynęło 2025 -09- 12

Nr rej.

Pan/i

(imię i nazwisko)

urodzony/a ...

(data urodzenia)

W zamieszkały/a w

ul zatrudniony/a w WŁASNA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 01 sierpnia 2025r.

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

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

godz. 13⁰⁰

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 9⁰⁰

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 16⁰⁰

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

DO PRAC TYNKARSKICH, PRACE TYNKARSKIE

POLEGAJĄCE NA OBRÓBCE 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 OBRÓBK

OKIEN PRZY UŻYCIU STOPNIA TYNKARSKIEGO

TRZYSTOPNIOWEGO Z BARIERKAMI WYSOKOŚĆ STOPNIA

OKOŁO 80 CM. UBRANY BYŁEM W ODRĘBZ ORAZ

OBOWIE ROBOCZE, ZNAJĄC PRZEPISY BHP, Z
BARDZO DOBRYM SAMOPOCZUCIEM FIZYCZNYM.
W TRAKCIE WYKONYWANIA OBOWIĄZKÓW, ZAATAKOWAŁA
MNIE OSA, PRÓBUJĄC JĄ ODGONIC, STRĄCIŁEM
RÓWNOWAGĘ I UPADŁEM NA PODKOŻE.
W WYNIKU UPADKU DOJĄŁEM KŁATOSZA
PODUDZIA KĄCZNIE ZE STANEM SKOKOWYM - ZKAMANIŁ
INNĄ OSOBĘ 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 ODZIEŻ 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. Wykonywanie 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:
 Wpłynęło 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 policyjny / 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.)
 NIE DOTYCZY

12. Pierwszą pomoc

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

~~SECRET~~

(линия разноименного)

Prob

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

Ustalenie tożsamości wnioskodawcy zostało dokonane na podstawie oryginału i kserokopii.

(podpis R. Krawczyński)

którą sporządził/pc

* niepotrzebne skreślić