

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

W zamieszkały/a w

ul., zatrudniony/a w *Samozatrudnienie*

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu *26.10.2024r.*

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: *26.10.2024r.*
ok. godz. 17.00
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: *20.00*
 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: *19.00*
 Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): *Pracuję s.p. sprzedawcą z asortu maszyn, akumulatorów, części do samochodów, dostawczych, z kasetami i kasetami do maszyn do kłusowania. Następnie przewożę je w jedną miejscę, tj. zaprzęgniętego wózka garażowego zakupione maszyn. Następnie wchodzę na teren tymczasowym samochodem, ciężarowym, transportuję je do Polski. Gdy już transport dotrze do miejsc przeładunku, składam je. Elementy, rodzaj, wyposażenie*
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 przeładunku elementów*
z samochodu ciężarowego schodząc z maszyn
przez z
Przez

boł... był... nie... da... znieśienia... zadawałem... da... ziny...
(...), która... była... 4... tym... sobie... w... domu... by... się...
natychmiast... do... mnie... Pomógł... mi... wyjść... do... domu... (było... bardzo
trudno... iść)... Chciała... wrócić... kwaterę... przetrwać... ale... ponieważ...
że... to... może... tylko... skutecznie... że... może... ból... mnie... (w...
nas... właściwego... dnia... (dł... na... rano)... nie... było... żaden... g...
ni... rano... zima... raz... mnie... da... szpitala...
[redacted]

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

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji

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

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / ~~nie~~ / nie dotyczy*
 - rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): *buty... z podeszwą antypoślizgową*
 - 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. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie*
 - posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie*
 - stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: *buty z podeszwą antypoślizgową, z ostrzami, palchy, foka, skarpety, zmniejszenie dystansu, nie porzucanie ziemi, zły stan zakrętek, a masy, a przepięcie schodów, jeb, pa. schodów*
10. W chwili wypadku 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.)

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu - w dniu: 26.10.2024r.
- nazwa placówki służby zdrowia: Samodzielny Rejonowy Zakład Opieki Zdrowotnej u. [redacted]
- okres i miejsce hospitalizacji: 27.10.2024r. SPZZ OZ u. [redacted]
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Skoplenie krwi kolonoalego przewodu
- niezdolność do świadczenia pracy: 26.10.2024r. - nadal na zwolnieniu
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

20.03.2025r.
[redacted] 20.03.2025r.
(miejscowość i data)

[redacted]
(podpisa)

[Redacted area]