

Nr rej. ....

(22)

Str. 1

## ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pan/i .....

(imię i nazwisko)

urodzony/a .....

(data urodzenia)

W .....

zamieszkały/a w .....

U .....

zatrudniony/a w .....

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) .....

(rodzaj dokumentu seria numer)

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

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

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

13-14 goźiny

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

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

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

PRZED WYPADKIEM NIE BYŁY  
WYKONYWANE ŻADNE INNE CZYNNOŚCI  
ZWIĄZANE Z DZIAŁALNOŚCIĄ

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:

PRZY PRACY  
Z PIŁĄ TARCZOWĄ DOŚCIŁO DO URAZU  
KCIUKA PRAWEJ DŁONI PRZYCZYNA  
CHWILA NIE UWAGI PRZYCZYNA LUDZKA

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

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji ..... PIŁA TARCZOWA .....

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

URZĄDZENIE BYŁO I JEST  
SPRAWNE

- .....
5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: ~~tak~~ / ~~nie~~ / nie dotyczy\*
- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): ..... BUTY  
..... ODZIEŻ KASK OKULARY
- czy stosowane środki były właściwe i sprawne: ..... TAK ..... NIE
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: [ ŚRODKI TAK  
..... OBUWIE OCHRONNE KASK RĘKAWICE  
..... OKULARY CHAŁCZKI ]
- .....
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.)
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 19 02 2025
- nazwa placówki służby zdrowia: PRZYCHODNIA LEKARSKA
- okres i miejsce hospitalizacji: 21 02 2025 - 28 03 2025  
PORADNIA ORTOPEDYCZNA
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: S 68 0  
URAZOWA AMPUTACJA KCIUKA
- niezdolność do świadczenia pracy: BRAK
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

01 04 2025  
(miejscowość i data)

(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręcznie podpisu

01 KWI. 2025

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

\* niepotrzebne skreślić

## ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

W  ..... zamieszkały/a w ..  
ul.  ..... dniony/a w ..  
Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) ..  
(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakicmu uległem/am w dniu 19.02.2025 .....

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 19.02.2025   
Kato godziny 14<sup>-</sup> .....
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 11<sup>-</sup> .....
- Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 16<sup>-</sup> .....
- Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Do momentu wypadku były przygotowanie materiału do obróbki pity tarczowej .....
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: Rodzaj działalności jakiej prowadziłem są usługi związane z utrzymaniem obiektów w okresie letnim utrzymanie zieloni trawników .....

drzewek, robotek w okresie zimowy  
odświeżenie, solenie utrzymanie dróg i chodników  
Zlecenie na wykonywanie ~~pracy~~ <sup>pracy</sup> związanych  
z utrzymaniem obiektów jest w moim  
obowiązkach całym rokiem utrzymanie  
w stanie nie nagannym za prace  
Anymuje pryncypu płacony miesięcznie  
Co to wypadku tak jak wcześniej pisałem  
było chwilę nie uważa być może spowodowane  
tym określeniem obiektu pily od roku, od roku  
możesz okulary związku z pogorszeniem się u mnie  
wzroku dla pracy zażyciem okulary a zażyciem  
gogle ochronne co mogło wpłynąć na  
złe oszacowanie odległości do pionu od pily  
Po dotarciu pily tańcowej wyjechałem pilą i  
pojeździłem do domu powiadomić żonę żeby mi  
podała rekaw do zabezpieczenia palca i powiadomić  
sosiadów czy by mnie nie zawieźli na pogotowie

Odinaki jakie były przycinane były  
wiecej niż 1-2 metry czy  
był potrzebny popychacz do prac jakie  
wykonywałam nawet nie paliki ostrym  
na pile i przycinatem paliki średnicy 10cm

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):

urządzenie było i jest sprawne  
użytkowane zgodnie z przepisami



5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie / nie dotyczy\*  
- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): były buty ochronne rękawice nogale 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  
nie zatrudniał pracowników Firma jednoosobowa
7. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: tak / nie\*
8. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak / nie\* nie ma takiej potrzeby nie umiem
9. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie\* nie  
odbyłam co roku na obiekcie który obsługuje  
- posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie\* nie  
- stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: odzież ochronna  
buty kaski chemiczne rękawice  
kask z studniarkami okulary ochronne
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: 19 02 2025
- nazwa placówki służby zdrowia: PRZYCHODNIA LEKARSKA
- okres i miejsce hospitalizacji: PIERWSZA WIZYTA PO WYPADKU 21 02 2025  
oś. A. t. nie 28 03 2025 zakończenie leczenia w poradni  
ortopedycznej w oś. t. y. n. k. i. n.
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej:  
ZAS SGO 8 KCIUK PRAWY
- niezdolność do świadczenia pracy:
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim  
i po wypadku nie przebywałem na zwolnieniu  
lekarskim

3 04 2025  
(miejscowość i data)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

ZAKŁAD USZCZEGÓLNIENIA

\* niepotrzebne skreślić