

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANE^{CO}

symptoms in male spermicide use for male
phimosis m u

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

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

— ² ~~very~~ delay on making stamps —

czy dotyczy

W Spółdzielni przebywałem do 28.11.2025. Następnie
wyjechałem do domu rodzinnego do 28.12.2025.
28.12.2025. moim kontaktem byłam w Poznaniu
przy Spółdzielni.

Nie mam, a ponieważ nie mogę uzyskać żadnych
informacji o sobie. Zapytałem o siebie, udało mi się
w Urzędzie Spółdzielni uzyskać mi potrzebne dane
z firmy. Jestem, tak jak i wcześniej, nie mam
potrzebnych do wykonania pracy. Bardzo było w związku
z latami i trochę obciążałem.

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.): ...sukienka ochronna, buty z podnoszeniem mechanicznym, kask, myłki 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: ...sukienka ochronna, buty z podnoszeniem mechanicznym, kask, myłki 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: 02.01.2025r.
- nazwa placówki służby zdrowia: Centrum Leczenia Złotań
- okres i miejsce hospitalizacji: 02.01.2025 do 18.01.2025 r. w...
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Opake me termiczne
lewej ręki i prawej ręki Złotań TL-57-TBSA
- niezdolność do świadczenia pracy: od 02.01.2025 do 07.01.2025r.
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

25.02.2025r.
(miejscowość i data)

Protokołował i potwierdził własnoręcznie podpisem

2025-02-25

(podpis i pieczęć)

* niepotrzebne skreślić

