

## ZAPIS WYJAŚNIĘŃ POSZKODOWANEGO

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

zatrudniony/a w ...  
.....

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 04.10.2024

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 04.10.2024 ok. 12<sup>30</sup>  
.....  
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 6<sup>00</sup>  
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 17<sup>00</sup>  
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwyczaje czynności związane  
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): ZAKŁADNIĘ AUTOMATYCZNEGO  
DOSTAWCZEGO ORAZ FUNKCYJNE DOSTAWCZENIĘ  
PRZESYŁEK ZGODNIE Z USTAWĄ O TRANSPORTACH  
.....  
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: W DNIU 04.10.2024  
PODCHODZIĘ WYKONYWAĆ PRACĘ PODSTAWIONYCH DO DOSTAWY  
WYKONYWAĆ PRACĘ W RUCHU DOSTAWY  
PRZESYŁEK DO Klientów W RUCHU TAKIEGO

DOREZENIA... WYSIADAKIEM Z PRZEWIAZĄ<sup>2</sup>  
CZEŚCI CIĄGUNKOWEJ AUTA W TRAKU  
TEJ CZYNNOŚCI PODKRESŁIŁ MI SIĘ LĘKA  
MOGA NA NIERÓWNYM DODKUZU I W WYNIKU  
TEGO WIDERZYŁE POLANE DO DRUGIEJ PONIŻEJ  
MOGIEM CIE DZIĘC DOKONCZENiem, TEGO DNI  
PRACE JEDNAK BÓL KULANIA MIE USTAWAKI  
A WRESZCIE SIE NASILE W DNIU 06.10.24  
UDAKEM SIE NA BADANIE DO SZPITALA  
W  
SKIEROWANY NA BADANIE RIG, I ZALECONO MI  
ABYM UDAK SIE DO SWOJEGO LEKARZA, TEN  
SKIEROWAŁ MNIE DO SPECJALISTY - OPTOPED  
A TEN Z KOLEI NYSZTAWIK MI SKIEROWAŁ  
NA REZONANS MAGNETYCZNY KRODREGO OPIS  
TEST W ZAKACZENIU. Z TYM WYNIKIEM  
PODWAŁE TO JAKIEM SIE U OPTOPEDY A  
TEN PO LAROZNANIU SIE Z WYNIKIEM  
SKIEROWAŁ MNIE DO SZPITALA NA  
ZAPIEG

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.): .....  
.....  
- czy stosowane środki były właściwe i sprawne: .....  
.....
6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / nie / nie dotyczy\*  
- czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby: .....  
.....
7. W trakcie pracy przestrzegłem/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: .....  
.....  
.....  
.....
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 państowej - tj. policji, prokuratury, inspekcji pracy, dozoru technicznego, inspekcji sanitarnej, straży pożarnej (jeżeli tak, należy podać przez jakie - adres, nr sprawy / deozjji, stan sprawy - zakończone / w trakcie / umorzone itp.)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dniu: ..... 08.10.2024 .....
  - nazwa placówki służby zdrowia: ..... PG ..... TCZ ..... w .....

- okres i miejsce hospitalizacji: ..... NIE .....

- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: USZKOZENIE ROGU TYLNEGO  
KŁEKOTKI USZKOZENIA KŁEKOTKI PREYSEROWEJ - RESZTA Z  
DOKUMENTACJI MEDYCZNA
- niezdolność do świadczenia pracy.....

*Leucostoma* is a genus of fungi in the family Leucostomataceae.

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

02.01.2025

(miejscowość i data)

(μυκητίς μυστακούρωνεξο)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

(podpis i pieczętki)

\* niepotrzebne skreślić