

Pełn:

K  
D

Adres: 4 52 7

ZAKŁAD ...  
Wyp. p. ... 00 00 00  
WYPEŁNIŁO -9- Podpis  
0841367 14  
10

## ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

W ... zamieszkały/a w ...

ul. ... zatrudniony/a w ... *która ma działalność gosp.*

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) ... *dowód osob. seria 1*  
(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu ... *18.04.2025 r.*

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: *18.04.2025 r. teren sklepu*

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: *16:00*

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: *19:00*

Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane  
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): *pr. myjniar. do*

*pracy i myjniar. obrotu myjniar. do obsługi*  
*klucza i obsługi kasy*

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.N.*

*działalność gospodarczą prowadzącą*  
*siłnicę nr. 1 przy ul.*  
*50-113 sklep ogólnopoj. przy Zetn. 11*

parametrów (do 10 osób). W dniu zdarzenia tj. 18.01.2023.  
 przejeżdżając do pracy na godzinę 18.00. Po przejeździe  
 oburam myślenie, że dobiegałoby 20 m na  
 zmienił bry. do ci. wsty. Pali.  
 z godziny około 15:00 przez przebiegała  
 bez problemu. Następnie postanowiłem zjechać  
 aby nabić 'olej' w tył. minieł jej do kółka  
 krawężnika z krawężnika na skraj drogi, nagle  
 i niespodziewanie wyjechała mi z przed koła  
 (z krawężnika) co spowodowało utknienie krawężnika  
 i upadek. Upadłem z podparciem się prawą ręką,  
 w której posiadam otwartą ranę. W chwili upadku  
 myślałem, że krawężnik z ręką. Brakowało mi tylko to,  
 po prostu mnie zderzenie z ręką. Wtedy  
 od razu, mnie, na SOR do Szpitala Specjalistycznego  
 w... Tam po badaniu i zgonie  
 RTG wykazano złamanie stawu biodrowego. Zgonu  
 krawężnika. Zgonu. Zgonu. Zgonu. Zgonu.  
 Wykazano złamanie mi. Zgonu. Zgonu. Zgonu.  
 do Prawdziwej chirurgii. Zgonu. Zgonu. Zgonu.  
 Zgonu. Zgonu.

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

– nazwa, typ urządzenia, data produkcji .... me. dotyczy

– czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):  
me. dotyczy

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie / nie dotyczy\*  
 – rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): obuwie ochronne  
na piaskowej podłodze  
 – 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. 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: obuwie ochronne  
na piaskowej podłodze
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: tak 18.04.2025.
- nazwa placówki służby zdrowia: Zachodniopomorskie Centrum Onkologiczne Szpital Specjalistyczny
- okres i miejsce hospitalizacji: nie hospitalizowany
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: złamanie kości łopatki
- niezdolność do świadczenia pracy: cał. 18.04.2025 do nast. dnia
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

06.06.2025.  
(miejscowość i data)

Protokołował i potwierdził własnoręcznością podpisu

.....  
(P)

.....  
6

\* niepotrzebne skreślić