

## ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pan/ż.

(imię i nazwisko)

(data uroczystej)

wz.

zamieszkały/a w .....

ul.

zatrudniony/a w .....

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport) DOŁĄCZONY

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/łam w dniu 1.02.2025

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 1.02.2025, ul.

GODZINA 11:30

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 9:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 15:00

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

SKRECANIE ELEMENTÓW XABUDONY NEBLONEJ

CIECIE ELEMENTÓW KONSTRUKCYJNYCH

MONTAŻ XANIASON ORAZ UCHWYTÓW NEBLONYCH

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: PODGRAS DO CINANIA

PŁYTY NEBLONEJ NA PILE FORNATONEJ CIEŻY MATERIAŁ

N. SPÓŁB NIE KONTROLONANY KAKLINONAK SIE

NIEDŁUGA LISTNA PRONADZAGA A OSTRZEN PLEY

N. NYNIKU TEGO, NAGŁEGO ZDARZENIA NOJA PRANA  
REKA ZNALAZŁA SIE N KASIEGU RUCHONEGO OSTRZA  
PIĘY, CO SPONOWAŁO ODIEGIE TRZECH PALCÓW  
PRANEJ REKI - NSKAZUJĄCEGO, ŚRODKONEGO ORAZ  
SERDECZNEGO.

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia: tak / nie\*
- nazwa, typ urządzenia, data produkcji ..... PIŁA FORMATONA MARKI  
RENA, DATA PRODUKCJI 2011 r
  - czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):  
URZĄDZENIE SPRANNE N DNIU NYPADKU, UŻYTOKONANE  
ZGODNIE Z RZASADAMI PRODUCENTA

5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / nie / nie dotyczy\*  
– rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): .....  
OŚŁONA OSTRZA PIĘT  
– 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/em 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 był / nie był\* 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 / decyzji, stan sprawy – zakończone / w trakcie / umorzone itp.)

SYGNATURA SPRANY

SOPHIA MURZINA 05.02.2025

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 1.02.2025 POGOTONIE RATUNKA
- nazwa placówki służby zdrowia: .....
- .....
- okres i miejsce hospitalizacji: .....
- ODDZIAŁ CHIRURGII PLASTYCZNEJ I REKONSTRUKCJI 01.02 - 02.02. 2025
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: AMPUTACJA URZĄDZONA NADGARSTKA I RĘKI - AMPUTACJA URZĄDZONA PALCÓW II-IV PRANEJ RĘKI
- niezdolność do świadczenia pracy: ..... TAK.....
- .....
- w dacie wypadku przebywałem/eam / nie przebywałem/eam na zwolnieniu lekarskim
- .....

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

Specjalista

(podpis i pieczęć)

\* niepotrzebne skreślić