

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

w... zamieszkały/a w ..

ul. „ zatrudniony/a w DĘBNOJSZCZĄDZKIEJ DZIAŁALNOŚCI

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 21.07.2025r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 21.07.2025r.,
.....
 2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 8:00 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 16:00 Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (wykł. czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Przygotowanie okien do montażu folii antywłamaniowych (Przetłoczenie mycie, demontaż listew wykonaniowych, wokół szyb), Aplikacja folii,.....
 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 celu założenia folii antywłamaniowych standardowo należy zdemontować listwy wykonaniowe wokół szyb od stronyewnętrznej. Podczas aplikacji folii nastąpi nagle promieniuch, który wybuchnął. Ostatni raz była spakowana na miejscu nadgarstek i skóra ostrą krawędzią przecięta skórę w miejscach podatkoowych uszczepiając mięsień i ścięgno.

PROSTOWNIKA PALCA IV RĘKI LEWEJ

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.):

OPRAWNE ROBOCZE

- 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:

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...
 10. W chwili wypadku byłem/am / nie byłem/ain* 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 / decyzji, stan sprawy – zakończone / w trakcie / umorzone itp.)
 12. Pierwsza pomoc
 – pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 21.07.2025r.
 – nazwa placówki służby zdrowia: KOLEJOWA SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 2
 – okres i miejsce hospitalizacji: 21.07.2025r. DO 22.07.2025r.
 KOLEJOWA SZPITAL SPECJALISTYCZNY
 – rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: UPAZ...MIESZNA...I...ŚCIGNA
 ECOSTOJNICA...IN NEGÓ. PALCA NA POCOMIE...NADGARSTKA...I...DEKI.
 – niezdolność do świadczenia pracy: TAK, L4. OD 21.07.2025r. DO 28.08.2025r.

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

05.09.2025

(miejscowość i data)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

.....
(podpis i pieczętka)

* niepotrzebne skreślić

Ustalenie tożsamości wnioskodawcy
zostało dokonane na podstawie
dokumentu osobistego/ innego dokumentu
osoby specjalnej