

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

pani/..... /imię i nazwisko/, urodzony/a/..... /data urodzenia/,
.....zamieszkały/a w

zatrudniony/a w Dzielnica Gospodarcza

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

związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 17.10.2024r.

..... o odpowiedzialność karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,
co następuje:

W dniu zdarzenia byłem w..... do którego
opóźniłem się, przebiegałem na budowie w firmie
nadzorowanej przez diet.
rozkazem tymczasem zawiązałem na klatce produkcyjnej.
Będąc na mostowaniu i drabiny na około 1 metr
wysokości, podczas oglądania mykylitru na ulicy
zostałem i mostowanie również się przechyliło i wtedy
wypadłem wraz z mostowaniem, pał moją rękę i
do szpitala szpitalnego.
Następnie p..... mógł być mi uster
o pochwilej porzuciłem odwieźć mnie do domu.
Poczułem ostry ból i kuliste. W międzyczasie 21.10.2024r.

udać się do lekarza do szpitala w.
 Lekarz po badaniu stwierdził poważne choroby.
 W dniu 24.8.2017. lekarz Robert Młynarski
 i zalecił lekarzowi, wnieść lekarzowi Młynarskiemu
 skierowanie do Poradni chirurgicznej RAB.

Po tych wszystkich badaniach został mi
 wyznaczony termin zabiegu na grudzień
 2017r.

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 przestrzegałem/am zasad BHP: tak / nie*
8. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak / nie*
9. Obyłem/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 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.)

+

– nazwa placówki służby zdrowia:

Przychodnia

– okres i miejsce hospitalizacji:

*znajduję się w dokumentacji
medycznej*

– rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej:

w dokumentacji lekarskiej

– niezdolność do świadczenia pracy:

od 24.X.2015r. do 24.IV.2015r.

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

15.09.2015r.

/miejscowość i data/

–
/podpis poszkodowanego/

Protokolował i potwierdził własnoręczność podpisu

* niepotrzebne skreślić