

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

w?
zamieszkały/a w

ul.
zatrudniony/a w

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am 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):
SKRĘCANIE ELEMENTÓW ZABUDOWY MEBLONEJ
CIECIE ELEMENTÓW KONSTRUKCYJNYCH
MONTAŻ KANIASÓW ORAZ UCHWYTÓW MEBLONYCH
.....
.....
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: PODZIAS DOCINANIA
PŁYTY MEBLONEJ NA PILE FORMATOWEJ CIĘTY MATERIAŁ
N. SPOSÓB NIEKONTROLONANY ZAKLINANIE SIĘ
NIEJEDY LISTNA PRONADZĄCA A OSTRZEN PŁY

N. NYNIKU TEGO, NAGŁEGO ZDARZENIA MOJA PRANA
RĘKA ZNALAZŁA SIĘ N. KASIEGU RUCHOMEGO OSTRZA
PIŁY, CO SPONODONAŁO ODCIĘCIE TRZECH PALCÓW
PRANEJ RĘKI - N. SKAZUJĄCEGO, ŚRODKOWEGO ORAZ
SERDECZNEGO.

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

- nazwa, typ urządzenia, data produkcji PIŁA FORMATOWA MARKI
RENA, DATA PRODUKCJI 2011 r

- czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jaki sposób):
URZĄDZENIE SPRANNE N. DNIV WYPADKU, UŻYTKOWANE
ZGODNIE Z ZASADAMI PRODUCENTA

-
5. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak / ~~nie~~ / ~~nie dotyczy*~~
- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.):
- OŚLONA OSTRZA PIŁY
- 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/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*~~ ^{NIE BYŁEM} 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.)
-
-

.....

SYGNATURA SPRANY

SPRAWA UMORZONA 05.02.2025

.....

.....

12. Pierwsza pomoc

– pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 1.02.2025 POGOTONIE RATUNKOWE

– 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 URAZONA

NADGARSTKA I RĘKI - AMPUTACJA URAZONA PALCÓW II-IV PRANEJ RĘKI

– niezdolność do świadczenia pracy: TAK

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

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

.....
Specjalista

.....

(podpis i pieczęć)

.....

* niepotrzebne skreślić