

Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan/l.

[imię i nazwisko]

urodzony/a

[data urodzenia]

zamieszkały/a w

ul.

zastrudniony/a w

WEAGNA DZIAŁALNOŚĆ

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

[rodzaj dokumentu, seria, numer]

W związku z wypadkiem, jakemu uległem/uległam w dniu

29.03.2025 r.

uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie

falszywych zeznań oświadczam,

co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku:

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 12:00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 17:00

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

WYPOSAŻENIE ROZDZIELNI W OŚPIRZET  
ELEKTRYCZNY

3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis i przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne):

W dniu 29.03.2025 r. około godziny 15:00

przy ul. ... do  
zdarzenia. W pracy gdzie wykonywałem  
montaż rozdzielni elektrycznej w trakcie  
przenoszenia rozdzielni z samochodu do  
miejscu montażu rozdzielni po kłopotem  
się o przewiezienie. Nie upadłem rozdzielni  
też nie upadłem. Rozdzielnia ważyła ok 30 kg.  
Poczułem tylko gorąco wznoszące się  
po moim ciele i duszność. Odstawilem  
rozdzielnię i usiadłem na ok 15 min.  
Ponieważ nie poczułem się lepiej przetozyłem  
prace na inny dzień. Doszedłem do wniosku  
że poleżał odpocząć w domu. Rano obudziłem  
się z zdemtylową całą prawą stronę ciała.  
Pomyślałem że jakoś to rozchodzę. Po kilku  
godzinach z uwagi na narastające drżenie  
podjęłem decyzję o przyjeździe na SOR.  
Tem stwierdzono wyłom kręgosłupa.

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 wypadkami: tak / ~~nle~~ / ~~nle dotyczy~~\*

– rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.)

– czy stosowane środki były właściwe i sprawne: TAK

8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / ~~nle~~ / ~~nle dotyczy~~\*

– czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby: NIE

9. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: tak / ~~nle~~\*

10. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: tak / ~~nle~~\*

11. Odbylem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / ~~nle~~\*

– posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / ~~nle~~\*

– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka:

12. W chwili wypadku byłem/am / ~~nle byłem/am~~\* w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.

Stan trzeźwości w dacie wypadku: badany przez organ policyjny / badany w czasie udzielania pierwszej pomocy lekarskiej / ~~nle był badany~~\*

13. W sprawie były / ~~nle 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.)

14. Pierwsza pomoc

– pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 30.03.2025 r.

— nazwa placówki służby zdrowia: Szpital Kliniczny

— okres i miejsce hospitalizacji:

30.03 - 10.04 Oddział Kliniczny Neurologi

— rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Kłótnia świadcząca


Kłótnia mózgowa do pól kul podkowiny

— niezdolność do świadczenia pracy:


całkowita niezdolność

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

L. 645 09.04.2015r.  
/miejscowość i data/

  
/podpis poszkodowanego/

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

  
/podpis/

\* niepotrzebna skreślić