

Zapis wviaśnień poszkodowanego

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

w zamieszkały/a w

W zatrudniony/a w Właściciel Firmy

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

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu 8.10.2024 r.

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 8.10.2024 r. godzina 13:30

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 (zwykle czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Pracownik Mebli

na Wygniań w Siechowie znojącej się

3. Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie,
organizacyjne): Palenisko rozdawnicze materiałów Stalownskich
dozwołem wszelkiego rodzaju woli w postaci ciężkiej
U.S.T. która została wykonana przez Firmę

11 miało postać zyczenia na plotece
które monitorujemy na
tarce oświetlenia 2 dla Firmy
na co zgłosziliśmy fakturę 22
zgodnie z usługami.

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.): tak

Zawsze podczas Zastawki/Rozstawki stosujemy odpowiednie środki.

– czy stosowane środki były właściwe i sprawne: Tak, były sprawne do momentu przejeżdżania po tarakcie pig

8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: tak / nie / nie dotyczy*

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

Pracownik był wykonany wspólnie z 2 współpracownikami.

9. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: (tak) / nie* z pomocą pracowników Firmy

10. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadani związanych z prowadzeniem działalności: (tak) / nie*

11. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie* odbyłem w poprzedniej firmie jest to kontynuacja

posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: (tak) / nie*

– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: Buty Ochronne 2.

Stalowym i sprężynowym ochronnym z rozr. a. obłożonymi nakładnikami

Rekinie ochronne.

12. 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)*

13. W sprawie były / nie były* podjęte czynności wyjaśniające przez organy kontroli państwowej – tj. policji, prokuratury, inspekcji pracy, dozoru technicznego, inspekcji

państwowej 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: 8.10.2024 r.

- nazwa placówki służby zdrowia: Szpital Specjalistyczny
- okres i miejsce hospitalizacji:
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: Uraz łokcia
Nadgarstek
- niezdolność do świadczenia pracy: Pracownikiem Tytułu Polnisk
- w dacie wypadku przebywałem/am nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

18.11.2024.
/miejscowość i data/

Ps. Zatacam Wypis z Szpitala
poproszony przez lekarza latorny wypis
poprzedni Wypis Biechle przez polanie z tej roli
Również oblataszam stany Wypis Szpitala
Obniadszenie Firmy z której miał miejsce wypadek
- ilość Zataczników "3". Pozdrawiam

* niepotrzebne skreślić