

## Zapis wyjaśnień poszkodowanego

Pan

Zamieszkały:

Zatrudniona Własna Działalność gospodarcza

Dokument tożsamości (dowód osobisty seria)

W związku z wypadkiem jakiemu uległem/uległam w dniu

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: w miejscowości 14.05.2025 koło godz.20 w miejscowości
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: nielimitowany czas pracy
3. Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku:
4. Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): Elektryka

Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie)

Około godziny 20 dnia 14.05.2025 w miejscowości byłem w  
prywatnej posesji u Pana nie było właścicieli w domu,

Miałem zlecenie tam pracy podłączyć elektrykę do rozdzielni, gdy zacząłem uzbrajać w bezpiecznik i podniosłem tą rozdzielnię 30 kg poczułem ból w prawej ręce miałem ciemno przed oczami. Byłem oszołomiony usiadłem już nie chciałem pracować nie wiedziałem co robić bolało cały czas nasilało się nie mogłem ruszać ręką. Pojechałem na SOR do szpitala do nie zrobiono mi prześwietlenia dalej mówiłem że boli dostałem skierowanie do ortopedy zlecono leki przeciwbólowe. Pojechałem do domu po północy z bólem. Zrobiłem okład z lodu wzięłem ketonal na ból.

Chciałem iść do ortopedy nikt mnie nie przyjął od ręki dalej bolało koło 16 stej pojechałem na SOR do ..... Tam zrobili prześwietlenie i dostałem skierowanie na Oddział ortopedii do ..... Tam usg zrobili i badania, kazali nosić chustę. Nie było miejsc w szpitalu na 28.05.2025 zlecono zabieg. Stwierdzono zerwanie mięśnia dwugłowego.  
Jestem na chorobowym obecnie.

5. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia **nie\***
6. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: **nie**  
.....  
– czy stosowane środki były właściwe i sprawne: **tak**
8. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: **nie**  
– czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby: **mogę sama**
9. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: **tak**
10. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: **tak**
11. Obyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: **tak**  
– posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: **tak**  
– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: .....  
.....  
.....
12. W chwili wypadku **nie byłem/am\*** w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.
13. W sprawie **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.)

14. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – nie
- nazwa placówki służby zdrowia 14.05.2025 szpital SOR okres i miejsce hospitalizacji: nie dotyczy
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej
- niezdolność do świadczenia pracy: od 16.05.2025 do 16.06.2025
- .....
- w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim  
.....nie.....
- .....

14.05.2025  
/miejscowość i data/

.....  
/podpis poszkodowanego/

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

.....  
/podpis i pieczęć/

