

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

zamieszkały/a w

u zatrudniony/a w

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu 27.09.24 r.
 uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,
 co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 27.09.24 r.
godz. ok. 16:50

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 12⁰⁰
 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 18⁰⁰

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

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:

W dniu 27.09.24 r. wykonawcą prac polepają-
 cą na wymianie okna w celu uzyskania lepszego
 dostępu korzystatem z drabiny. Podczas wyięga-

nia skrzytła okna jego ciężar przeważał
mnie, w wyniku czego straciłem równowagę
i upadłem do tyłu. Przy upadku uderzyłem
obietną piętą o podłogę dokonyjąc poważnych
obrazek - złamałam obu pięty.

W momencie wypadku byłem sam
w mieszkaniu, a niefortunnie dostałem
telefon w samochodzie, przez co nie mogłem
wezwać pomocy.

Dopiero po ponad godzinie wrócił mój pracodawca
pan [] , który niezwłocznie zabrał mnie
do szpitala gdzie zostałem poddany
leczeniu.

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.):
.....
- 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. Odbylem/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.)
.....
.....

12. Pierwsza pomoc

- pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: 27.09.2024
- nazwa placówki służby zdrowia:
- okres i miejsce hospitalizacji: od 27.09.2024 - 02.10.2024
- rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: złamanie obu kości przodowych
- niezdolność do świadczenia pracy: od 27.09.2024 do nadal
- w dacie wypadku przebywałem/am/ nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim
nie

(miejscowość i data)

(podpis poszkodowanego)

Tożsamość ustalono na podst.
dokumentu tożsamości

Protokolował i potwierdził własnoręczność podpisu

SPECJALISTA

(podpis i pieczęć)

* niepotrzebne skreślić