

Zapis wyjaśnienia poszkodowanego

Pan urodzony imię i nazwisko data urodzenia
zamieszkały

załatwiony w -

Dokument tożsamości (dowód osobisty) |

(rodzaj dokumentu seria numer)

W związku z wypadkiem jakim uległem w dniu 26.02.2025r.

Upozdżony o odpowiedzialność kiernej za składanie fałszywych zeznań oświadczenie, co następuje:

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 26.02.2025r. Około godz. 0.30 BAZA LOTNICTWA

2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: GODZ. 8,00

Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: GODZ. 17,00

3. Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (wykaz czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej) Podanie okoliczności i przyczyn wypadku (opis / przyczyny techniczne, ludzkie, organizacyjne): Dnia 26.02.2025r., świadczyłem usługi na zlecenie firmy

na terenie

Boże Lotnictwa Taktycznego Pracę wykonywałem wraz z innymi zleceniodobiorcami. W dniu wypadku pracę rozpoczęłem planowo o godz. 8,00 od przygotowania narzędzi oraz sprzętu do wykonywania prac. Część z nich znajdowała się w metalowej skrzyni (wymiary 1,5m x 0,8m x 1,10m). Skrzynia znajdowała się w kontenerze budowlanym, który usadowiony był na terenie budowy na blokach betonowych. Oprócz mojej osoby w kontenerze znajdowały się jeszcze trzy inne osoby, które również szkowały narzędzia. Wszyscy poruszali się po kontenerze co mogło to powodować drgania i „pływanie” kontenera. W momencie kiedy podawałem kolejne

narzędzia kolegom; wleko skrzyni (metalowa blacha wzmocniona kątownikami stanowiąca zamknięcie skrzyni otwieranej i zamykanej od góry), opadło a ja zorientowałem się że przytrzasnęło mi małe palce lewej ręki. Odruchowo zabrałem rękę, okazało się że część palca została amputowana.

Koleżycy orientując się szybko w sytuacji, zaordnowali doraźną pomoc w formie zaopatrzenia rany środkiem z apteczki. Dwóch pracowników odwozioło mnie niezwłocznie do SZPITALA POWIATOWEGO SP.Z O.O.

gdzie wykonano opracowanie rany, założono opatrunki oraz podano zastrzyk przeciwbiegowy. Wyplaszo skierowanie do CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O. gdzie palec został końcowo opracowany chirurgicznie oraz zaordnowano leki za wskazaniem dalszej obserwacji w miejscu zamieszkania.

4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn lub urządzenia -nie dotyczy
5. Czy urządzenie było sprawne i użytkowane zgodnie z zasadami producenta (w jak sposob): nie dotyczy
6. Czy były stosowane zabezpieczenia przed wypadkiem: tak
 - rodzaj stosowanych środków: odzież ochronna zgodnie z rodzajem wykonywanej działalności, obuwie, kask, kamilzelka, okulary ochronne
 - czy stosowane środki były właściwe i sprawne: tak
7. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: nie dotyczy
 - czy istniał obowiązek wykonywania pracy przez co najmniej 2 osoby: nie
8. W trakcie pracy przestrzegałem zasad BHP: tak
9. Posiadam przygotowanie do wykonywania zakresu przedmiotowego zadań związanych z prowadzeniem działalności: nie dotyczy
10. Odbyłem stosowne szkolenie z BHP dla prowadzących działalność: tak
 - posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: nie dotyczy
 - stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: nie dotyczy
11. W chwili wypadku nie byłem w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.
Stan trzeźwości w dacie wypadku: nie był badany przez organ policji
 - Dokumentacja z leczenia i odbytych operacji, zabiegów w załączniku. Zwolnienie lekarskie od dnia wypadku do – 28.02.2025r. do 14.03.2025r. Wizyta kontrolna u

5

ortopedycznego – skierowanie ze Szpitala w do poradni chirurgii urazowej –
ortopedycznej. Wizyta w poradni odbyła się 28.02.2025r. Następna wizyta odbędzie się
12.03.2025r. – kontrola oraz złagomoczenie szwów.
– w dniu wypadku nie przebywałam na zwolnieniu lekarskim

05.03.2025r.

[podpis poszkodowanego]

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

[podpis lekarza]

