

## ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pan/że

w

zamieszkały/a

on/a-w .....

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/sem-w dniu 11/9/2025

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 11/9/2025;  
16:00
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: 8:00
3. Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: 17:00
4. Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwyczłe czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): WYKONYWANIE PRAC NA TERENIE WARSZTATU (DIAGNOSTYKA I NAPRAWA UKŁADU KLIMATYZACJI W SAMOCHODZIE, KILKUKROTNĄ DIAGNOSTYKĄ KOMPUTEROWĄ POJAZDÓW), WIZYTA W HURTOWNI Z CZĘŚCIAMI SAMOCHODOWYMI W CELU ODBIORU WCZEŚNIEJ ZŁOŻONEGO ZAMÓWIENIA, WYJAZD DO KlientA W CELU PODŁĄCZENIA AUTA POD KOMPUTER I JEGO DIAGNOSTYKI
5. 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: PO POWROCIE OD KlientA, DLA KTÓREGO WYKONYWAŁEM USŁUGĘ W TYM DNIU, WYSIADAJĄC Z SAMOCHODU NA

TERENIE WARSZATU (WYŁO DESZCZOWO I MOKRO) POŚLIZGNAŁEM SIĘ I  
PRZEWRÓCIŁEM NA KOSTKĘ BRUKOWĄ I POCZUŁEM BÓL

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

6. 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):  

---

---

---

---

7. 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: .....  

---

---

---

---

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

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

---

---

---

---

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

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

11. Odbyłem/am stosowne szkolenie z BHP dla pracodawców: tak / nie\*  
– posiadam opracowaną ocenę ryzyka zawodowego: tak / nie\*  
– stosowane środki w celu zmniejszenia ryzyka: .....  
.....  
.....  
.....
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 państowej – 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: 12/9/2025  
– nazwa placówki służby zdrowia: SZPITAL POWIATOWY  
– okres i miejsce hospitalizacji: .....  
.....  
– rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: SKRĘCENIE W STAWIE SKOKOWYM LEWYM  
– niezdolność do świadczenia pracy: 12/9/2025 - NADAL  
– w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim  
.....

16.09.2025r.  
*(miejscowość i data)*

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

.....  
*(podpis i pieczęć)*

\* niepotrzebne skreślić