

7

## ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

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

W ...Opatów zamieszkały/a w  
 zatrudniony/a w ...DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

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

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am w dniu ...22.07.2025 R  
 .....

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: 22.07.2025 R      LOTNISKO OKOŁO  
 GODZINY      19,00  
 .....
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku: .....10.00.....  
 Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: ...20.00.....  
 Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykle czynności związane  
 z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): DZIAŁALNOŚĆ OGÓLNO-  
 BUDOWLANA .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....
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 22.07.2025R na lotnisku nieczynnym w C. na pasie zieleni stawiałem konstrukcję na koncert- budowa scenografii , który miał się odbyć od 31.07.2025 do końca tygodnia. Pogoda w tym dniu była zmienna -słońce -deszcz. W pewnym momencie zaczął padać deszcz i nic więcej nie można było zrobić więc przechodząc z pasa zieleni na asfalt pośliznąłem się do tyłu .Asekurując się przed upadkiem podłożyłem lewą rękę na plecy aby uchronić kręgosłup i upadłem .Podniosłem się sam a rękę lewą, która się wygięła wyprostowałem podczas adrenaliny. Ręka zaczęła puchnąć powoli. Następnego dnia ręka bardziej spuchła i udałem się szpitala na sor w Wałczu .Na sorze lekarz zrobił mi RTG i stwierdził wiele odłamowe złamanie końca dalszego kości promienicowej lewej z kątowym przemieszczeniem odłamów do tyłu, złamanie wyrostka rylcowatego kości łokciowej lewej. Lekarz założył mi gips , wydał zalecenia oraz wystawił zwolnienie lekarskie do 31.08.2025r i udałem się do domu. .

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
4. Wypadek powstał podczas obsługi maszyn i/lub urządzenia **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: **NIE**
- rodzaj stosowanych środków (np. buty, kask, odzież ochronna itp.): ...
  - .....
  - czy stosowane środki były właściwe i sprawne:
  - ...TAK.....
6. Czy była stosowana asekuracja podczas pracy: **tak**
- czy istniał obowiązek wykonywania pracy, przez co najmniej 2 osoby: **NIE**
  - .....
  - .....
7. W trakcie pracy przestrzegałem/am zasad BHP: **tak**
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 nie byłem/am\* w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.

Stan trzeźwości w dacie wypadku: NIE badany przez organ policji / badany w czasie udzielania pierwszej pomocy lekarskiej /

11. 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.)

...

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

12. Pierwsza pomoc

– pierwszej pomocy udzielono w dacie urazu – w dniu: ...23.07.2025 SZPITAL WOJSKOWY

.....

– nazwa placówki służby zdrowia: ... SZPITAL WOJSKOWY

.....

– okres i miejsce hospitalizacji: 23.07.2025 DO 23.07.2025R SZPITAL WOJSKOWY W

.....

.....

– rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej: WIEŁOODŁAMOWE ZŁAMANIE KOŃCA DALSZEGO KOŚCI PROMIENIOWEJ Z KĄTOWYM PRZEMIESZCZENIEM ODŁAMÓW Z TYŁU, ZŁAMANIE WYROSTKA RYLCOWATEGO KOŚCI ŁOKCIOWEJ LEWEJ.....

.....

M

– niezdolność do świadczenia pracy: ...23.07.2025R do 31.08.2025R

.....

.....

– w dacie wypadku przebywałem/am / nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim

.....

*Warszawa, 27.08.2025*  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

\* niepotrzebne skreślić