

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pan/i

W

zamieszkały/a

ony/a-w

Dokument tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

W związku z wypadkiem, jakiemu uległem/am 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 (zwykle czynności związane z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): WYKONYWANIE PRAC NA TERENIE WARSZTATU (DIAGNOSTYKA I NAPRAWA UKŁADU KLIMATYZACJI W SAMOCHODZIE, KILKUKROTNA DIAGNOSTYKA KOMPUTEROWA 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 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 – 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 ~~Własność~~ własność podpisu

.....
(podpis i pieczęć)

* niepotrzebne skreślić