

ZAPIS WYJAŚNIENÍ POSZKODOWANEGO

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

W ... 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 25.08.2025 R
.....

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

1. Data, miejsce i godzina wypadku: OKOŁO GODZINY
19.20.....
.....
2. Planowana godzina rozpoczęcia pracy w dniu wypadku:14,00.....
Planowana godzina zakończenia pracy w dniu wypadku: ...22,00.....
Rodzaj czynności wykonywanych do momentu wypadku (zwykłe czynności związane
z charakterem prowadzonej działalności gospodarczej): USŁUGI TRANSPORTOWE, OBRÓT
TOWARU
.....
.....
.....
.....
.....
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 25.08.2025 R pracę rozpocząłem o godzinie 14.00 w w magazynie. Moja praca polega na zbieraniu zamówienia .Zamówienia wyświetlają się na skanerze a ja zbieram artykuły do danego pojemnika .Idąc po towar uderzyłem lewą ręką w plastikowy pojemnik, do którego kompletowałem zamówienia . Ręka bolała i spuchła. Poszedłem do kierownika zmiany i powiedziałem co się wydarzyło. Przebrałem się i udałem do szpitala

(na sor. Na sorze lekarz zlecił mi zrobienie Rtg . Po zrobieniu rtg udałem się do lekarza i stwierdził złamanie V kości śródreżca lewego. Lekarz założył mi gips , wydał zalecenia 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: ...25.08.2025 SZPITAL ODDZIAŁ RATUNKOWY

– nazwa placówki służby zdrowia: ... SZPITAL ODDZIAŁ RATUNKOWY

– okres i miejsce hospitalizacji: 25.08.2025 DO 25.08.2025 R SZPITAL ODDZIAŁ RATUNKOWY.....

– rozpoznany uraz na podstawie dokumentacji lekarskiej:, ZŁAMANIE V KOŚCI ŚRÓDRĘCZA LEWEGO

– niezdolność do świadczenia pracy: ...26.08.2025R do 29.08.2025R

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

Warszawa 28.08.2025
(miejscowość i data)

.....
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

.....

* niepotrzebne skreślić