

ZAPIS WYJAŚNIEŃ POSZKODOWANEGO

Pan/i | ... urodzony/a
(imię i nazwisko) (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:

8

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 -słoneczne -deszcz. W pewnym momencie zaczął padać deszcz i nic więcej nie można było zrobić więc przechodząc z pasa zieleni na asfalt posliznąłłem się do tyłu .Asekurując się przed upadkiem podłożyłem lewą rękę na plecy aby uchronić kręgosłup i upadłem .Podniósłłem 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 wielo odłamowe złamanie końca dalszego kości promienicowej lewej z kątowym przemieszczeniem odłamów do tyłu, złamanie wyrostka ryciowatego 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

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

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. Odbyłem/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 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.)
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

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

.....

Noszanie, 27.08.2025
(miejscowość i data)

.....
(podpis poszkodowanego)

Protokołował i potwierdził własnoręczność podpisu

* niepotrzebne skreślić