

ACCIDENT AT WORK

1) PERSONAL DETAILS:

Full name:

Address:

Contact number:

Date of birth:

E-mail:

Occupation:

NIN:

2) INJURY DETAILS:

Describe your injuries:

3) MEDICAL INFORMATION:

Have you visited your GP?: YES: NO:

Have you attended hospital?: YES: NO:

Other medical visits:

Recommended treatment:

4) ACCIDENT RELATED INFORMATION:

Date and time of the accident:

Place of the accident:

Accident circumstances:

Who is responsible for the accident:

Why the accident happened:

Has the employer made any changes after the accident?:

Could the accident be prevented?:

5) REPORT OF THE ACCIDENT:

Has the accident been reported?

YES

NO

Has the accident been reported in writing?

YES

NO

Have you signed the accident note?

YES

NO

Are there any witness?

YES

NO

6) EMPLOYMENT DETAILS:

Employment status at the time of the accident:

self-employed

contract

work agency

Describe your duties:

Trainings details:

Job station Training

Health and Safety Training

Manual Handling Training

Safety clothes:

Are you a member of Trade Union?

YES

NO

I WAS

7) LOSSES RELATED TO THE ACCIDENT:

Days off work after the accident: YES NO How many days:

Did you need care and assistance? YES NO

Any other losses:

8) ADDITIONAL INFORMATION:

Do you need interpreter? YES NO

Additional information:

How did you hear about us:

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PO WYPADKU W PRACY:

1) PODAJ SWOJE DANE OSOBOWE:

Imię i nazwisko:

Adres:

Numer telefonu:

Data urodzenia:

Adres e-mail:

Wykonywany zawód:

NIN:

2) ODNIESIONE OBRAŻENIA:

Jakie obrażenia
odniosłeś na
skutek wypadku:

3) CZY PO WYPADKU KORZYSTAŁEŚ Z POMOCY MEDYCZNEJ:

Wizyta w szpitalu:

Wizyta u GP:

Wizyta u innego
specjalisty:

Zalecenia lekarza:

4) INFORMACJE O WYPADKU:

Data oraz godzina
wypadku:

Lokalizacja wypadku:

Jak doszło do
wypadku:

Kto według Ciebie
jest winny zajścia:

Dlaczego doszło
do wypadku:

Czy po wypadku
zmienił się system
pracy w firmie:

Czy można było
zapobiec
wypadkowi:

5) INFORMACJE O ZGŁOSZENIU WYPADKU W FIRMIE:

Czy wypadek został
zgłoszony w firmie:

Tak Nie

Czy w biurze
odnotowano
wypadek pisemnie:

Tak Nie

Czy podpisał
notatkę w książce
wypadków:

Tak Nie

Czy są świadkowie
wypadku:

Tak Nie

6) INFORMACJE O ZATRUDNIENIU:

Status zatrudnienia
w momencie
wypadku:

self-employed kontrakt agencja pracy

Jakie były twoje
obowiązki w
momencie
wypadku:

Czy odbyłeś:

Trening stanowiskowy Trening Health and Safety Manual Handling Trening

Czy używałeś
odzieży ochronnej
(wskaz jaka to
była odzież):

Związki
zawodowe:

jestem członkiem nie jest członkiem byłem/am członkiem

7) INFORMACJE DOTYCZĄCE PONIESIONYCH KOSZTÓW:

Nieobecność w
pracy z powodu
wypadku:

Tak

Nie

ilość dni:

Czy po wypadku
wymagałeś opieki:

Tak

Nie

Inne koszty
związane z
wypadkiem:

8) POZOSTAŁE INFORMACJE:

Czy potrzebujesz
pomocy tłumacza:

Tak

Nie

Dodatkowe
informacje:

Skąd się o nas
dowiedziałeś: