

.....  
(pieczęć firmowa pracodawcy)

....., dnia .....  
(miejsowość) (data)

.....  
.....  
(oznaczenie ZOZ, adres)

## **WNIOSEK o wydanie opinii o urazie**

W związku z wypadkiem, jakiemu uległ pracownik: .....

.....  
.....  
(imię i nazwisko poszkodowanego, nr dowodu osobistego, nr PESEL, adres zam.)

i został przyjęty do Waszego zakładu opieki zdrowotnej w celu ratowania zdrowia lub życia w dniu ....., uprzejmie proszę o wydanie przez lekarza opinii – w postaci wypełnienia zamieszczonego niżej formularza – o urazie, jakiego doznał ww. poszkodowany.

Oświadczam, że ww. poszkodowany wyraził zgodę na ujawnienie tej opinii, czego potwierdzeniem jest jego podpis złożony na niniejszym wniosku poniżej.

Motywnie zwrócić się z wnioskiem jest realizacją obowiązku pracodawcy, określonego w art. 234 § 1 Kodeksu pracy, ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku w trybie określonym w rozporządzeniu Rady Ministrów z 1.7.2009 r. w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy (Dz.U. Nr 105, poz. 870), w którym w § 7 ust. 1 pkt 5 zobowiązano zespół powypadkowy do zasięgnięcia opinii lekarza w zakresie niezbędnym do oceny rodzaju i skutków wypadku.

Do odbioru wniosku z wypełnioną opinią o urazie upoważniam członka zespołu powypadkowego Panią/Pana\*): .....

.....  
(imię i nazwisko, nr dowodu osobistego, nr tel.)

.....  
(podpis i pieczęć imienna pracodawcy  
lub osoby reprezentującej pracodawcę)

\* ) Niepotrzebne skreślić

## **Zgoda poszkodowanego na ujawnienie opinii o doznanym urazie**

Świadomy skutków ujawnienia przez lekarza opinii o urazie, jakiego doznałem w wypadku w dniu ....., wyrażam zgodę na jej udostępnienie ww. upoważnionemu członkowi zespołu powypadkowego w celu oceny rodzaju i skutków tego wypadku.

.....  
(czytelny podpis poszkodowanego)

**Opinia o urazie**  
(czytelnie, w j. polskim)

Pan/Pani : .....  
(imię i nazwisko poszkodowanego)

został zaopatrzony w Zakładzie Opieki Zdrowotnej dnia ..... o godz. ....

**1. Rodzaj urazu**

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

**2. Umiejscowienie urazu**

.....  
(jaka część/części ciała doznała/y obrażeń)  
.....  
.....

**3. Skutki wypadku**

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

4. Czy, wypadek należy zaliczyć do ciężkich?\*) **TAK/NIE\*\*)**.

.....  
(miejsowość) ..... dnia ..... (data)  
.....  
(podpis i imienna pieczęć lekarza)

\*) Za ciężki wypadek przy pracy uważa się wypadek, w wyniku którego nastąpiło ciężkie uszkodzenie ciała, takie jak: utrata wzroku, słuchu, mowy, zdolności rozrodczej lub inne uszkodzenie ciała albo rozstrój zdrowia, naruszające podstawowe funkcje organizmu, a także choroba nieuleczalna lub zagrażająca życiu, trwała choroba psychiczna, całkowita lub częściowa niezdolność do pracy w zawodzie albo trwałe, istotne zeszpecenie lub zniekształcenie ciała.

\*\*\*) Niepotrzebne skreślić