

# Accident Investigation Packet (Polish)



## Contents

1. Accident Investigation Checklist
2. Employee Report of Injury
3. Medical Communications Authorization
4. Declination of Treatment
5. Supervisor's Accident Investigation Summary
6. Witness Incident Report (2 copies)
7. First Fill Form

3CU.com  
1-866-641-23CU



**ThirdCoast  
Underwriters**

*Part of the AF Group*

Third Coast Underwriters is a division of AF Group and its subsidiaries. All policies are underwritten by a licensed insurer subsidiary of AF Group.

## Accident Investigation Checklist

**If there is a serious trauma or emergency medical condition, take the employee for immediate medical treatment or call 911.**

Have the accident scene and/or equipment involved preserved.

If the medical condition is not an emergency, complete the investigation and take the employee for treatment to a designated occupational clinic for examination, treatment and drug and alcohol testing pursuant to company policy.

Inform the physician that the company will attempt to accommodate modified duty work, if restrictions are needed, and ask the physician to address the injured employee's work capabilities and/or restrictions.

### [ ] MAKE SURE ANY EVIDENCE IS PRESERVED:

- Save all equipment that failed that may have contributed to the incident
- Take photos of the scene or condition
- Do NOT throw away or discard evidence
- Do NOT have equipment repaired that failed until the claim is fully investigated by Third Coast Underwriters

### [ ] EMPLOYEE ACCIDENT REPORT:

- Have the injured employee explain and show you (if possible) how, when, where and why they were injured
- Identify any witnesses
- Was there an unsafe condition that caused or contributed to the loss?
- Make sure you understand exactly what the injury/injuries are
- Repeat everything back to the employee in a summary, so you make sure you have understood correctly
- Have the injured employee write down what happened on the Employee Accident Report (in the injured worker's own words)
- Review the report with the employee to make sure it is consistent with what you learned from the interview, including a list of all specific body parts injured (ex: left or right, upper or lower, etc.)
- Discuss any discrepancies with the employee to understand where any disconnect occurred in your interview. Then have the employee amend their report as appropriate, to be consistent with your discussions.
- All written statements should be completed by the employee in their own words, signed and dated

### [ ] WITNESS STATEMENT (Follow the same process for any witnesses.)

### [ ] SUPERVISOR ACCIDENT INVESTIGATION SUMMARY

### [ ] MEDICAL COMMUNICATIONS RELEASE

### [ ] PROVIDE FIRST FILL FORM TO INJURED WORKER AFTER PAPERWORK IS COMPLETED

**Report the injury to 3CU**

## Lista czynności do wykonania w sytuacji wystąpienia wypadku

**W sytuacji wystąpienia poważnego urazu lub poważnego zagrożenia zdrowia, należy natychmiast zabrać pracownika do lekarza lub zadzwonić pod 911.**

Należy zabezpieczyć miejsce wypadku i/lub sprzęt.

Jeśli zaistniała sytuacja związana ze zdrowiem nie wymaga uzyskania natychmiastowej opieki lekarskiej, należy zakończyć dochodzenie i zabrać pracownika na leczenie do wyznaczonej zawodowej kliniki na badanie, leczenie, oraz testy na obecność alkoholu i narkotyków, zgodnie z przepisami firmy.

- Należy poinformować lekarza, że w przypadku konieczności wprowadzenia ograniczeń, firma podejmie starania zapewnienia zmiany obowiązków pracownika, a także należy poprosić lekarza o omówienie możliwości wykonywania pracy przez pracownika, który uległ wypadkowi i/lub ograniczeń.

### [ ] NALEŻY ZABEZPIECZYĆ DOWODY:

- Zabezpieczyć sprzęt, który uległ awarii i w związku z tym mógł przyczynić się do wystąpienia wypadku.
- Zrobić zdjęcia miejsca wypadku lub zaistniałego stanu.
- NIE wyrzucać, ani nie pozbywać się dowodów.
- NIE reperować sprzętu, który uległ awarii do czasu całkowitego zakończenia dochodzenia dotyczącego roszczenia przez ubezpieczyciela Third Coast

### [ ] RAPORT DOTYCZĄCY WYPADKU PRACOWNIKA:

- Poprosić poszkodowanego pracownika o wyjaśnienie i pokazanie (jeśli jest to możliwe) jak, kiedy, gdzie, oraz dlaczego doznał obrażeń
- Zidentyfikować wszystkich świadków
- Sprawdzić, czy istniało niebezpieczeństwo, które spowodowało lub przyczyniło się do wypadku?
- Rozumieć na czym polega obrażenie/obrażenia
- Powtórzyć wszystko pracownikowi, aby sprawdzić właściwe zrozumienie zaistniałej sytuacji.
- Poprosić pracownika aby (własnymi słowami) opisał co się stało w Raporcie Wystąpienia Wypadku.
- Razem z pracownikiem sprawdzić raport, aby upewnić się, że odzwierciedla on doznane obrażenia (np. lewa, praca, górna część, dolna część, itp.).
- Omówić z pracownikiem wszelkie niejasności w celu ustalenia, gdzie wystąpiły niezrozumienia w czasie rozmowy. Następnie, poprosić pracownika o wprowadzenie wszelkich koniecznych poprawek.
- Wszelkie oświadczenia złożone na piśmie muszą być przygotowane przez pracownika własnymi słowami, podpisane oraz opatrzone datą.

### [ ] OŚWIADCZENIE ŚWIADKA (Ten sam proces dotyczy wszystkich świadków).

### [ ] PODSUMOWANIE DOCHODZENIA W SPRAWIE WYPADKU PRZYGOTOWANE PRZEZ PRZEŁOŻONEGO

### [ ] POZWOLENIA NA KOMUNIKACJĘ Z PERSONELEM MEDYCZNYM

**Zgłosić obrażenia do 3CU**

## Sprawozdanie pracownika w sprawie doznanego urazu

(Wypełnia poszkodowany pracownik)

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Pracodawca: \_\_\_\_\_

Adres: (Ulica, nr domu, mieszkania) \_\_\_\_\_

Adres: (Miasto, Stan, Kod pocztowy) \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Numer Social Security#: \_\_\_\_\_

Mężczyzna: \_\_\_\_\_ Kobieta: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: dom: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ prywatna komórka : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

praca: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ares email: \_\_\_\_\_

Osoba do skontaktowania się w nagłej sytuacji

Telefon: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Wzrost: \_\_\_\_\_ Waga: \_\_\_\_\_ Stan cywilny: \_\_\_\_\_

Wykształcenie (zakreślić najwyższy uzyskany stopień edukacji):

GED Dyplom ukończenia studiów licencjackich

Proszę podać nazwę szkoły, w której uzyskał/a Pan/Pani najwyższy stopień edukacji? \_\_\_\_\_

Proszę wymienić inne odbyte szkolenia lub uzyskane wykształcenie: \_\_\_\_\_

Czy ma Pan/Pani dzieci? (T/N) \_\_\_\_\_ Jeśli tak, proszę wymienić ich imiona i nazwiska oraz datę(y) urodzin \_\_\_\_\_

Czy odpowiada Pan/Pani finansowo za jeszcze inne osoby? (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli tak, proszę wymienić za kogo i dlaczego: \_\_\_\_\_

Czy odpowiada Pan/Pani finansowo za jeszcze inne osoby? (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli tak, proszę wymienić za kogo i dlaczego \_\_\_\_\_

Czy potrafi Pan/Pani czytać w języku angielskim (T/N) \_\_\_\_\_ hiszpańskim (T/N) \_\_\_\_\_ polskim

(T/N) \_\_\_\_\_ Innym: \_\_\_\_\_

Data podjęcia pracy: \_\_\_\_\_ Stanowisko pracy: \_\_\_\_\_

Brygadzista: \_\_\_\_\_

Czy jest Pan/Pani członkiem związku zawodowego? (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli tak, proszę podać nazwę związku, do którego Pan/Pani należy \_\_\_\_\_

Jak długo jest Pan/Pani członkiem danego związku? \_\_\_\_\_

Tygodniowe zarobki: \_\_\_\_\_ Stawka za godzinę: \_\_\_\_\_

Liczba przepracowanych godzin w tygodniu: \_\_\_\_\_

Czy pracuje Pan/Pani po godzinach? (T/N) Jeśli tak, proszę podać liczbę przepracowanych nadgodzin w tygodniu?

Czy praca po godzinach jest obowiązkowa? (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli otrzymuje Pan/Pani pensję miesięczną, proszę podać wysokość rocznej pensji: \_\_\_\_\_

Czy ma Pan/Pani dodatkową pracę? (T/N) \_\_\_\_\_

Czy w czasie, gdy doznał/a Pan/Pani szkody posiadał/a Pan/Pani drugą pracę? (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli tak, proszę podać nazwę, adres i nr telefonu drugiego pracodawcy: \_\_\_\_\_

Pracodawca: \_\_\_\_\_

Czy posiada Pan/Pani własną działalność gospodarczą lub firmę? (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli tak, proszę podać rodzaj działalności i nazwę firmy: \_\_\_\_\_

Jeśli nie otrzymuje Pan/Pani wynagrodzenia zgodnego z liczbą przepracowanych godzin, proszę podać nazwę danego pracodawcy i wysokość wynagrodzenia?

Czy doznał/a Pan/Pani urazu na skutek wykonywanej pracy u wyżej wymienionego pracodawcy?

(Tak/Nie) \_\_\_\_\_

Data zdarzenia: \_\_\_\_\_ Dzień tygodnia:: \_\_\_\_\_

Godzina zdarzenia \_\_\_\_\_

Data zgłoszenia urazu do menadżera/kierownika: \_\_\_\_\_

Proszę podać osobę, do której Pan/Pani to zgłosił/a? \_\_\_\_\_

Jaką pracę Pan/Pani wykonywał/a w momencie, gdy doznał/a Pan/Pani urazu? \_\_\_\_\_

Który przełożony zlecił Panu/Pani pracę, jaką Pan/Pani wykonywał/a w momencie, gdy doznał/a Pan/Pani urazu? \_\_\_\_\_

Jeśli nikt Panu/Pani nie zlecił wykonywania czynności podczas której doznał/a Pan/Pani urazu, dlaczego Pan/Pani się tym zajmował/a? \_\_\_\_\_

Gdzie wydarzył się wypadek? (Adres, stanowisko pracy i dokładna lokalizacji adresu) \_\_\_\_\_

Proszę szczegółowo wyjaśnić, co spowodowało wypadek: \_\_\_\_\_

Proszę wymienić wszystkich świadków zdarzenia \_\_\_\_\_

Jak można było zapobiec wypadkowi? \_\_\_\_\_

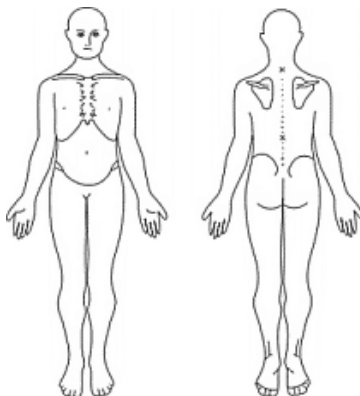
Gdyby Pan/Pani miał/a jeszcze raz wykonać tą samą pracę, proszę podać, co zrobiłby/aby Pan/Pani inaczej i dlaczego: \_\_\_\_\_

Proszę podać imię i nazwisko osoby, innej niż pracodawca, od której w momencie wypadku otrzymał/a Pan/Pani wskazówki jak wykonywać pracę: \_\_\_\_\_

Czy awaria sprzętu lub maszyny była przyczyną wypadku? (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli tak, proszę podać jaki to był sprzęt, do kogo należał i kto dał Panu/Pani pozwolenie lub poinstruował Pana/Panią jak używać danego sprzętu, co się w nim zepsuło, oraz gdzie dany sprzęt się teraz znajduje: \_\_\_\_\_

Proszę opisać wszystkie niebezpieczne sytuacje, które przyczyniły się do wypadku, jeśli takie wystąpiły: \_\_\_\_\_



Proszę narysować strzałkę, wskazującą wszystkie bezpośrednie urazy. W miejscu/ach, w którym odczuwa Pan/Pani ból proszę narysować X i obok opisać rodzaj bólu \_\_\_\_\_

**Która/e część/części ciała została/y uszkodzona/e?** (Proszę wymienić WSZYSTKIE uszkodzone części ciała) \_\_\_\_\_

Proszę opisać rodzaj urazów poniesionych w każdej uszkodzonej części ciała? \_\_\_\_\_

Proszę wymienić wszystkich lekarzy i nazwy ośrodków zdrowia, które zajmowały się Pani/Pana urazem, ich adresy i numery telefonów: \_\_\_\_\_

Kto jest Pana/Pani lekarzem pierwszego kontaktu? (Imię i nazwisko, adres, numer telefonu): \_\_\_\_\_

Czy był/a Pan/Pani hospitalizowany? \_\_\_\_\_ W którym szpitalu? \_\_\_\_\_

Jak długo? \_\_\_\_\_

Czy na skutek zaistniałego wypadku, lekarz zalecił Panu/Pani ograniczenia w wykonywaniu jakiegokolwiek pracy? (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli tak, czy były to tylko ograniczenia, czy całkowicie zabronił Panu/Pani wykonywania pracy? \_\_\_\_\_

Na jak długo? Od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Czy zna Pan/Pani prawdopodobną datę powrotu do pracy? (T/N) \_\_\_\_\_ Kiedy? \_\_\_\_\_

Kiedy odbyła się Pana/Pani pierwsza wizyta u lekarza? \_\_\_\_\_

Data ostatniej wizyty? \_\_\_\_\_

Data następnej wizyty? \_\_\_\_\_

Czy przedstawił Pan/Pani zaświadczenie od lekarza swojemu pracodawcy? (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli tak, proszę podać kiedy je Pan/Pani dostarczył/a i komu? \_\_\_\_\_

Czy wcześniej uszkodził/a Pan/Pani którąś z wymienionych części ciała? (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli tak, proszę podać miejsce, w którym wystąpił Pan/Pani o przyznanie odszkodowania, nazwę pracodawcy, dla którego Pan/Pani wówczas pracował/a, oraz rodzaj doznanych szkód? \_\_\_\_\_

Czy otrzymał/a Pan/Pani odszkodowanie za wówczas poniesione szkody? (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli tak, proszę podać kto wypłacił odszkodowanie i w jakiej kwocie? \_\_\_\_\_

Proszę wymienić wszystkie problemy zdrowotne, na które Pan/Pani cierpi, a które mogą negatywnie wpłynąć na Pana/Pani leczenie; takie jak cukrzyca, nadciśnienie itd. \_\_\_\_\_

Czy przechodził Pan/Pani wcześniej badanie rezonansem magnetycznym (MRI) lub tomografią komputerową (CT)?

(T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli tak, proszę podać którą część ciała była badana, kiedy i gdzie zostało przeprowadzone badanie oraz jakie były jego wyniki? \_\_\_\_\_

**(Pracownik ma obowiązek zgłoszenia firmie Third Coast Underwriters wszystkich dodatkowych zarobków otrzymanych w czasie pobierania odszkodowania pracowniczego z naszej firmy. Ponadto pracownik powinien w trybie natychmiastowym zgłosić swojemu pracodawcy wszystkie ograniczenia w wykonywaniu pracy, tak żeby pracodawca był w stanie się do nich dostosować. Prosimy uprzedzić lekarza o konieczności sprecyzowania przy każdej wizycie rodzaju pracy, którą jest Pan/Pani w stanie wykonywać, oraz jakie są jej ewentualne ograniczenia.)**

Potwierdzam, iż zapoznałem się z informacjami zawartymi w tym arkuszu oraz iż udzieliłem pełnej, zgodnej z prawdą i moją wiedzą, odpowiedzi na wszystkie pytania

Podis: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Każda osoba, która świadomie przedstawia fałszywe lub nieprawdziwe roszczenia o wypłatę odszkodowania za wypadek lub świadczeń, lub która świadomie przedstawia fałszywe informacje we wniosku do ubezpieczenia, popełnia przestępstwo i może podlegać karze grzywny lub więzienia, lub obydwu.

## Upoważnienie do udzielania informacji medycznych

Ja, niżej podpisany/a, bezwarunkowo upoważniam wszystkich lekarzy, w tym licencjonowanych, oraz wszystkich chirurgów, ortopedów, kręgarzy, wszystkie ośrodki medyczne, firmy ubezpieczeniowe, oraz inne organizacje, korporacje, instytucje lub osoby, posiadające dokumentację, wiedzę lub informacje na temat mojego zdrowia psychicznego i fizycznego, historii, stanu lub opieki społecznej, do udzielenia danych informacji mojemu pracodawcy oraz jego ubezpieczycielom, w tym firmie Third Coast Underwriters i Accident Fund Insurance Company of America, ich administratorom roszczeń osób trzecich, prawnikom, konsultantom, pielęgniarkom i dostawcom, biorącym udział w ocenie i zbieraniu informacji; w celu ustalenia mojego prawa do roszczeń w ramach jakiegokolwiek odszkodowania pracowniczego czy aktów dotyczących chorób zawodowych, lub w koordynacji rehabilitacji medycznej lub zawodowej. Poniższa autoryzacja dotyczy, ale nie jest ograniczona do zaopatrzenia i dostarczenia kopii lub fotografii notatek, raportów, dokumentacji, formularzy zgłoszeniowych oraz filmów.

Ja niżej podpisany/a, w szczególności upoważniam lekarzy prowadzących lub innych pracowników służby zdrowia do porozumiewania się osobiście lub na piśmie z wyżej wymienionymi jednostkami w kwestiach dotyczących mojej przeszłej, teraźniejszej oraz przyszłej opieki i leczenia oraz wszystkich innych spraw dotyczących, ale nie ograniczonych do mojej diagnozy, rokowań, związku przyczynowego pomiędzy moim urazem czy stanem chorobowym a moim zatrudnieniem, planem leczenia, charakterem i rozmiarem urazu oraz zdolnością do pracy. Ja, niniejszym zrzekam się wszystkich przywilejów, wynikających z sytuacji lekarz-pacjent, zaistniałych po konsultacji, badaniu lub leczeniu przeprowadzonym z lub przez Pana/Panią, lub związanych z nią przepisów zawartych w akcie o Przenoszeniu i Odpowiedzialności Ubezpieczenia Zdrowotnego. Ponadto, każdy opiekujący się mną lekarz lub pracownik służby zdrowia jest upoważniony do wglądu oraz omówienia wszystkich dodatkowych zapisów, filmów czy informacji im dostarczonych.

Jestem świadomy/a, iż osoby, organizacje lub wyżej wymienione jednostki, które upoważniam do dzielenia się informacjami na mój temat, nie mogą mieć wpływu na leczenie, przyznanie wypłaty, rejestrację do ubezpieczenia zdrowotnego, czy uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej, w oparciu o moją decyzję o złożeniu danego upoważnienia. Ponadto, jestem świadomy/a faktu, iż informacje przeze mnie ujawnione nie będą chronione prawem federalnym, oraz że mogą być udzielone osobom trzecim. Rozumiem, że mam prawo odwołać dane upoważnienie w dowolnym momencie, oraz że odwołanie tego upoważnienia musi zostać złożone na piśmie. Dodatkowo, jestem świadomy/a faktu, że odwołanie niniejszego upoważnienia nie będzie miało wpływu na wszystkie rozmowy lub działania podjęte przed odwołaniem.

Kopia upoważnienia jest równie ważna jak jego oryginał. Niniejszy dokument jest ważny przez okres wypłaty odszkodowania pracowniczego lub roszczeń dot. choroby zawodowej chyba, że zostanie odwołany na piśmie.

Rozumiem, że po podpisaniu niniejszego upoważnienia, zostanie mi dostarczona jego kopia.

Przeczytałem/łam i zapoznałem/łam się ze wszystkimi informacjami, zawartymi w niniejszym upoważnieniu do udzielania informacji medycznych.

Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko drukowanymi literami: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Każda osoba, która świadomie przedstawia fałszywe lub nieprawdziwe roszczenia o wypłatę odszkodowania za wypadek lub świadczeń, lub która świadomie przedstawia fałszywe informacje we wniosku do ubezpieczenia, popełnia przestępstwo i może podlegać karze grzywny lub więzienia, lub obydwu.



## Odmowa leczenia

Naszą zasadą jest zapewnienie natychmiastowego i odpowiedniego leczenia pracownikom, którzy odnieśli obrażenia w związku z wykonywaną pracą. Istnieją sytuacje, w których może zostać sporządzona notatka na temat obrażeń, a formalne leczenie nie będzie konieczne.

Kiedy pracownik zgłosi obrażenia związane z wykonywaną pracą, zostaną one udokumentowane i zaproponowane zostanie leczenie. Pracownik może zasugerować, że nie chce skorzystać z formalnego leczenia. W przypadku gdy pracownik odrzuci propozycję terapii medycznej, będzie musiał podpisać dokument wskazujący, że odmówił leczenia. Firma będzie nadal monitorowała kwestię rozwiązania skarg lub kwestię obrażeń, aż do czasu całkowitego rozwiązania problemu. Pracownik zostanie poproszony o podpisanie dokumentu stwierdzającego, że problem całkowicie ustąpił.

W przypadku gdy w okresie monitorowania nie nastąpi poprawa lub jeśli nastąpi pogorszenie, pracownik zostanie wysłany na badania, aby sprawdzić czy schorzenie jest właściwie leczone. W niektórych przypadkach, po zgłoszeniu obrażenia, pracownik może zostać wysłany na kontrolne badanie lekarskie, nawet jeśli poszkodowany pracownik odrzucił ofertę leczenia.

Data odniesienia obrażenia: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko poszkodowanego pracownika: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko przełożonego: \_\_\_\_\_

Część(części) ciała, której dotyczą obrażenia:

\_\_\_\_\_

**W obecnej chwili odmawiam leczenia. Rozumiem, że w sytuacji gdy mój stan pogorszy się lub jeśli zmienię zdanie na temat leczenia, muszę niezwłocznie poinformować o tym swojego przełożonego.** Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Podpis poszkodowanego pracownika: \_\_\_\_\_

Podpis przełożonego: \_\_\_\_\_

**Moje obrażenie(-a) zostały całkowicie wyleczone.** Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Podpis poszkodowanego pracownika: \_\_\_\_\_

Podpis przełożonego: \_\_\_\_\_

## Supervisor's Accident Investigation Summary

Your Name, Address, Phone: \_\_\_\_\_

Project name and location: \_\_\_\_\_

How long have you been on this job site? \_\_\_\_\_

How long has the injured employee been on this job site? \_\_\_\_\_

Injured worker's name & phone : \_\_\_\_\_

Occupation of injured employee: \_\_\_\_\_

Name of union and local #: \_\_\_\_\_

Injury date & time: \_\_\_\_\_ Nature of injury (cut, broken bone, etc.): \_\_\_\_\_

Part(s) of body injured (be specific): \_\_\_\_\_

Did the employee return to work (Yes or No) \_\_\_\_\_ Date returned \_\_\_\_\_

How many days of work were missed? \_\_\_\_\_

State exactly where the accident occurred: \_\_\_\_\_

What task was the employee performing at the time of the accident? \_\_\_\_\_

What went wrong? \_\_\_\_\_

Was the employee doing what he was supposed to be doing at the time of accident? (Yes or No) \_\_\_\_\_

Explain: \_\_\_\_\_

Did the employee utilize all safety equipment and follow all safety procedures at the time of loss?

(Yes or No) \_\_\_\_\_ Explain: \_\_\_\_\_

Did another employee, someone or something else cause or contribute to the accident because of improper procedure, failure to follow protocol, use of equipment, or equipment failure? (Yes or No) \_\_\_\_\_

Explain: \_\_\_\_\_

Had the employee been given proper instructions? (Yes or No) \_\_\_\_\_

Was he following those instructions? (Yes or No) \_\_\_\_\_

Is there anything you will do differently as a supervisor as a result of this accident? \_\_\_\_\_

List names, addresses and phone numbers of all witnesses: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Podsumowanie przełożonego dot. dochodzenia w sprawie wystąpienia wypadku

Imię i nazwisko, adres, numer telefonu: \_\_\_\_\_

Nazwa i lokalizacja projektu: \_\_\_\_\_

Jak długo pracuje Pan/Pani w danym miejscu pracy? \_\_\_\_\_

Jak długo poszkodowany pracownik pracuje w danym miejscu pracy? \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko oraz numer telefonu poszkodowanego pracownika : \_\_\_\_\_

Stanowisko zajmowane przez poszkodowanego pracownika: \_\_\_\_\_

Nazwa i numer lokalny związku zawodowego : \_\_\_\_\_

Data & godzina wypadku: \_\_\_\_\_ Rodzaj urazu (rana cięta, złamana kość itp): \_\_\_\_\_

Uszkodzona(e) część(ci) ciała (wyszczególnić): \_\_\_\_\_

Czy pracownik wrócił do pracy (Tak/Nie) \_\_\_\_\_ Data powrotu \_\_\_\_\_

Liczba opuszczonych dni pracy? \_\_\_\_\_

Proszę dokładnie opisać miejsce, w którym wydarzył się wypadek: \_\_\_\_\_

Jaką czynność wykonywał pracownik w momencie wypadku? \_\_\_\_\_

Co się wydarzyło? \_\_\_\_\_

Czy w momencie wypadku pracownik zajmował się tym, czym powinien? (Tak/Nie) \_\_\_\_\_

Proszę wyjaśnić: \_\_\_\_\_

Czy w momencie wypadku pracownik korzystał ze sprzętu zabezpieczającego oraz przestrzegał wszystkich procedur bezpieczeństwa ?

(Tak/Nie) \_\_\_\_\_ Proszę wyjaśnić: \_\_\_\_\_

Czy inny pracownik, osoba trzecia lub inny czynnik spowodował czy też przyczynił się do powstania wypadku, przez nieprawidłowe zastosowanie procedur, nieprzestrzeganie protokołu, nieprawidłowe użycie sprzętu lub jego awarię?

(Yes or No) \_\_\_\_\_ Proszę wyjaśnić: \_\_\_\_\_

Czy pracownik otrzymał odpowiednie wskazówki? (Tak/Nie) \_\_\_\_\_

Czy przestrzegał tych wskazówek? (Tak/Nie) \_\_\_\_\_

Czy na skutek zaistniałego wypadku, Pan/Pani jako kierownik, zmieni coś w swoim postępowaniu? \_\_\_\_\_

Proszę wymienić imiona i nazwiska, adresy oraz numery telefonów wszystkich świadków zdarzenia: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# Witness Incident Report

Witness name: \_\_\_\_\_

Witness phone #: \_\_\_\_\_

Witness address: \_\_\_\_\_

Who was injured? \_\_\_\_\_

Date/Time of the incident: \_\_\_\_\_

What is your relationship to the injured employee? \_\_\_\_\_

Did you actually see the incident happen? (Yes or No) \_\_\_\_\_

What did you see or hear? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describe fully how accident occurred: (including all relevant events that occurred before the incident) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

How could this incident have been prevented? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describe the nature of the injuries sustained by the injured employee? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Did the employee utilize all safety equipment and follow all safety procedures at the time of loss?

(Yes or No) \_\_\_\_\_ Explain: \_\_\_\_\_

Did another employee, someone or something else cause or contribute to the accident because of improper procedure, failure to follow protocol, use of equipment, or equipment failure? (Yes or No)? \_\_\_\_\_

Explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Witness Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

The witness should complete and sign the document.

**Do not include information you did not see or hear yourself.**

## Sprawozdanie świadka zdarzenia

Imię i nazwisko świadka: \_\_\_\_\_

Numer telefonu świadka: \_\_\_\_\_

Adres świadka: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko osoby poszkodowanej \_\_\_\_\_

Data/Godzina zdarzenia: \_\_\_\_\_

Jaki jest Pana/Pani związek z osobą poszkodowaną? \_\_\_\_\_

Czy był/a Pan/Pani naocznym świadkiem zdarzenia? (Tak/Nie) \_\_\_\_\_

Proszę opisać co Pan/Pani widział/a czy słyszał/a? \_\_\_\_\_

Proszę dokładnie opisać jak doszło do wypadku: (w tym wszystkie istotne wydarzenia zaistniałe przed wypadkiem) \_\_\_\_\_

Jak można było zapobiec wypadkowi? \_\_\_\_\_

Proszę opisać rodzaj urazów poniesionych przez poszkodowanego pracownika? \_\_\_\_\_

Czy w momencie wypadku pracownik korzystał ze sprzętu zabezpieczającego oraz przestrzegał wszystkich procedur bezpieczeństwa? (Tak/Nie) \_\_\_\_\_ Proszę wyjaśnić: \_\_\_\_\_

Czy inny pracownik, osoba trzecia lub inny czynnik spowodował czy też przyczynił się do powstania wypadku, przez nieprawidłowe zastosowanie procedur, nieprzestrzeganie protokołu, nieprawidłowe użycie sprzętu lub jego awarię? (Yes or No)? \_\_\_\_\_ Proszę wyjaśnić: \_\_\_\_\_

Podpis świadka: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Świadek powinien wypełnić i podpisać dokument. PROSZĘ NIE podawać informacji o zdarzeniach, których Pan/i sam/a nie widział/a lub nie słyszał/a.

## »» To the Injured Worker:

On your first visit, please give this notice to any pharmacy listed on the back side to speed processing of your approved workers' compensation prescriptions (based on the guidelines established by your employer).

Questions or need assistance locating a participating retail network pharmacy? Call the Express Scripts Patient Care Contact Center at 866-499-1903.

## Atencion Trabajador Lesionado:

Este formulario de identificación para servicios temporales de prescripción de recetas por compensación del trabajador DEBERÁ SER PRESENTADO a su farmacéutico al surtir su(s) receta(s) inicial(es).

Si tiene cualquier duda o necesita localizar una farmacia participante, por favor contacte al área de Atención a Clientes de Express Scripts, en el teléfono 866-499-1903.

## »» To the Pharmacist:

Express Scripts administers this workers' compensation prescription program. Please follow the steps below to submit a claim. Standard claim limitations include quantity exceeding 150 pills or a day supply exceeding 14 days. This form is valid for up to 30 days from DOI. Limitations may vary. For assistance, call Express Scripts at 866-499-1903.

### Pharmacy Processing Steps

- Step 1: Enter bin number 003858.
- Step 2: Enter processor control A4.
- Step 3: Enter the group number as it appears above.
- Step 4: Enter the injured worker's nine -digit ID number.
- Step 5: Enter the injured worker's first and last name .
- Step 6: Enter the injured worker's date of injury .  
(enter in DOI field in the format YYYYMMDD)

### Express Scripts

ID #: \_\_\_\_\_

Your SSN is your temporary ID number; present to the pharmacy at the time prescription is filled. You will receive a new ID number shortly.

Date of Injury: \_\_\_\_\_  
MM/DD/YYYY

Group #: KQTA \_\_\_\_\_

Employee Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Thank you** for using a participating retail network pharmacy. Even though there is no direct cost to you, it's important that we all do our part to help control the rising cost of healthcare.

*Please see other side for a list of participating retail network pharmacies.*

## »» To the Supervisor: Please fill in the information requested for the injured worker.

### Employee Information

\_\_\_\_\_  
First M Last

\_\_\_\_\_  
Street Address or PO Box

\_\_\_\_\_  
City State ZIP

Employer Name

\_\_\_\_\_

## Participating Retail Network Pharmacies

A & P	Drug Emporium	Major Value	Schnucks
Acme Pharmacy	Drug Fair	Marsh Drugs	Scolari's
Albertson's	Drug Town	Medic Discount	Sedano
Albertson's/Acme	Drug World	Medicap	Shaw's
Albertson's/Osco	Eckerd	Medistat	Shop 'N Save
Albertson's/Sav-On	Econofoods	Meijer	Shopko
Amerisource	EPIC Pharmacy	Minyard	ShopRite
Bergen	Network	NCS HealthCare	Snyder
Anchor Pharmacies	FamilyMeds	Neighborcare	Stop & Shop
Arrow	Farm Fresh	Network	Sun Mart
Aurora	Farmer Jack	Pharmaceuticals	Super Fresh
Bartell Drugs	Food City	Northeast	Super Rx
Bigg's	Food Lion	Pharmacy Services	Target
Bi-Lo	Fred's	Osco	Texas Oncology
Bi-Mart	Gemmel	P & C Food	Srvs
BJ's Wholesale	Giant	Markets	The Pharm
Club	Giant Eagle	Pamida	Thrifty White
Brooks	Giant Foods	Park Nicollet	Times
Brookshire Brothers	Hannaford	Pathmark	Tom Thumb
Brookshire Grocery	Harris Teeter	Pavilions	Tops
Bruno	H-E-B	Price Chopper	Ukrop's
Carrs	Hi-School	Publix	United Drugs
Cash Wise	Pharmacy	Quality Markets	United
Coborn's	Hy-Vee	Raley's	Supermarkets
Costco	Jewel/Osco	Randalls	Vons
Cub	Kash n Karry	Rite Aid	Waldbaums
CVS	Keltsch	Rosauers	Walgreens
D&W	Kerr	Rx Express	Wal-Mart
Dahl's	Kmart	RXD	Wegmans
Dierbergs	Knight Drugs	Safeway	Weis
Discount Drugmart	Kroger	Sam's Club	Winn Dixie
Doc's Drugs	LeaderNet (PSAO)	Sav-On	
Dominicks	Longs Drug Store	Save Mart	

**NOTE:** This form is not valid in the state of Ohio. For all other states, liability of a workers' compensation claim is not assumed based on the dispensing of medication(s) to a patient.



EXPRESS SCRIPTS®



AF Group (Lansing, Mich.) and its subsidiaries are one of the largest specialty writers of insurance, rated "A-" (Excellent) by A.M. Best.  
AF Group conducts business through four brands: Accident Fund, United Heartland, CompWest and Third Coast Underwriters.

---