

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia

I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu

| | |
|------------------------|---|
| Nazwisko: | Imię: |
| Adres zamieszkania: | |
| Data urodzenia: | Tel: |
| Kategoria prawa jazdy: | Nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość |

II. Instrukcja wypełnienia ankiety

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając znak X w odpowiednią rubrykę. Jeżeli pytanie jest niezrozumiałe należy poprosić o pomoc uprawnionego lekarza i uzupełnić odpowiedź. Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu uprawnionemu lekarzowi będzie przechowywane w dokumentacji medycznej.

III. Dane dotyczące stanu zdrowia

| | | TAK | NIE |
|------|---|-----|-----|
| 1. | Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiegokolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności? | | |
| 2. | Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeżeli tak, to jakie? | | |
| 3. | Czy kiedykolwiek wystąpiły lub stwierdzono u Pana/Pani niżej wymienione choroby, dolegliwości, objawy lub został/a Pan/Pani poinformowany/a o nich przez lekarza: | | |
| 3.1 | Wysokie ciśnienie krwi | | |
| 3.2 | Choroby serca | | |
| 3.3 | Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa | | |
| 3.4 | Zawał serca | | |
| 3.5 | Choroby wymagające operacji serca | | |
| 3.6 | Nieregularne bicie serca | | |
| 3.7 | Zaburzenia oddychania | | |
| 3.8 | Zaburzenia funkcji nerek | | |
| 3.9 | Cukrzyca | | |
| 3.10 | Urazy głowy, urazy kręgosłupa | | |
| 3.11 | Drgawki, padaczka | | |
| 3.12 | Omdlenia | | |
| 3.13 | Udar mózgu/wylew krwi do mózgu | | |
| 3.14 | Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi | | |
| 3.15 | Utraty pamięci lub trudności z koncentracją | | |
| 3.16 | Inne zaburzenia neurologiczne | | |
| 3.17 | Choroby szyi, pleców lub kończyn | | |
| 3.18 | Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem | | |
| 3.19 | Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm) | | |

| | | | |
|------|--|--|--|
| 3.20 | Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie oślepienia przez światła innych pojazdów | | |
| 3.21 | Ubytek słuchu lub głuchota | | |
| 3.22 | Choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe | | |
| 4. | Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to proszę opisać | | |
| 5. | Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to proszę podać kiedy? | | |
| 6. | Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani badany/a z powodu zaburzeń snu lub lekarz informował, że ma Pan/Pani zaburzenia snu, zespoły bezdechu nocnego lub narkolepsję? | | |
| 7. | Czy ktokolwiek mówił Panu/Pani o zaobserwowanych u Pana/Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu? | | |
| 8. | Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu? | | |
| 9. | Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakie? | | |
| 10. | Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole *) | | |
| | Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu | | |
| | Raz w miesiącu | | |
| | Dwa do czterech razy w miesiącu | | |
| | Dwa do trzech razy w tygodniu | | |
| | Cztery i więcej razy w tygodniu | | |
| 11. | Czy był/a Pan/Pani sprawcą/uczestnikiem wypadku drogowego od dnia zdania egzaminu na prawo jazdy? | | |
| 12. | Czy pobiera Pan/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy? Jeżeli tak, to z jakiego powodu? | | |
| 13. | Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny? | | |

IV. Oświadczam, że jestem świadomy/a konieczności zgłoszenia się do ponownej oceny stanu zdrowia w celu stwierdzenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami w przypadku:

- 1) wystąpienia u osób chorych na cukrzycę w porze czuwania epizodu ciężkiej hipoglikemii, także niezwiązanego z kierowaniem pojazdami,
- 2) wystąpienia napadu padaczki lub drgawek.

V. Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego - oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.