

O wiadczenie dotycz ce stanu zdrowia

I. Dane osoby podlegaj cej badaniu lekarskiemu

| | |
|------------------------|--|
| Nazwisko: | Imi : |
| Adres zamieszkania: | |
| Data urodzenia: | Tel: |
| Kategoria prawa jazdy: | Nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzaj cego torzsamo : |

II. Instrukcja wypełniania ankiety

Prosz odpowiedzie na poni sze pytania wstawiaj c znak X w odpowiedni rubryk . Je eli pytanie jest niezrozumiałe nale y poprosi o pomoc uprawnionego lekarza i uzupełni odpowied .
 O wiadczenie dotycz ce stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu uprawnionemu lekarzowi b dzie przechowywane w dokumentacji medycznej.

III. Dane dotycz ce stanu zdrowia

| | | TAK | NIE |
|-------|---|-----|-----|
| 1. | Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiegokolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawno ci? | | |
| 2. | Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na recept , dost pne bez recepty lub suplementy diety? Je eli tak, to jakie? | | |
| 3. | Czy kiedykolwiek wyst piły lub stwierdzono u Pana/Pani ni ej wymienione choroby, dolegliwo ci, objawy lub został/a Pan/Pani poinformowany/a o nich przez lekarza: | | |
| 3.1. | Wysokie ci nienie krwi | | |
| 3.2. | Choroby serca | | |
| 3.3. | Ból w klatce piersiowej, choroba wie cowa | | |
| 3.4. | Zawał serca | | |
| 3.5. | Choroby wymagaj ce operacji serca | | |
| 3.6. | Nieregularne bicie serca | | |
| 3.7. | Zaburzenia oddychania | | |
| 3.8. | Zaburzenia funkcji nerek | | |
| 3.9. | Cukrzyca | | |
| 3.10. | Urazy głowy, urazy kr gosłupa | | |
| 3.11. | Drgawki, padaczka | | |
| 3.12. | Omdlenia | | |
| 3.13. | Udar mózgu/wylew krwi do mózgu | | |
| 3.14. | Nudno ci, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi | | |
| 3.15. | Utraty pamci lub trudno ci z koncentracj | | |
| 3.16. | Inne zaburzenia neurologiczne | | |
| 3.17. | Choroby szyi, pleców lub ko czyn | | |
| 3.18. | Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem | | |
| 3.19. | Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm) | | |
| 3.20. | Trudno ci w widzeniu po zmierzchu i cz ste uczucie o lepienia przez wiatła innych pojazdów | | |

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 3.21. | Ubytek słuchu lub głuchota | | |
| 3.22. | Choroby psychiczne, depresj lub zaburzenia nerwicowe | | |
| 4. | Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operacj lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Je eli tak, to prosz opisa | | |
| 5. | Czy kiedykolwiek u ywał/a Pan/Pani aparatu słuchowego? Je eli tak, to prosz poda kiedy? | | |
| 6. | Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani badany/a z powodu zaburze snu lub lekarz informował, e ma Pan/Pani zaburzenia snu, zespoły bezdechu nocnego lub narkolepsj ? | | |
| 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 nadu ycia alkoholu lub rodków działaj cych podobnie do alkoholu? | | |
| 9. | Czy u ywa Pan/Pani narkotyki lub inne substancje psychoaktywne? Je eli tak, to jakie? | | |
| 10. | Jak cz sto pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole)? | | |
| | Nigdy | | |
| | Dwa do czterech razy w miesi cu | | |
| | Raz w miesi cu | | |
| | Dwa do trzech razy w tygodniu | | |
| | Cztery i wi cej razy w tygodniu | | |
| 11. | Czy był/a Pan/Pani sprawc /uczestnikiem wypadku drogowego od dnia zdania egzaminu na prawo jazdy? | | |
| 12. | Czy pobiera Pan/Pani rent z tytułu niezdolno ci do pracy? Je eli tak, to z jakiego powodu? | | |
| 13. | Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzaj ce niepełnosprawno ? Je eli tak, to jakie i z jakiej przyczyny? | | |

IV. O wiadczam, e jestem wiadomy/a konieczno ci zgłoszenia si do ponownej oceny stanu zdrowia w celu stwierdzenia istnienia lub braku przeciwwskaza zdrowotnych do kierowania pojazdami w przypadku:

- 1) wyst pienia u osób chorych na cukrzyc w porze czuwania epizodu ci kiej hipohlikemii, tak e niezwi zanego z kierowaniem pojazdami,
- 2) wyst pienia napadu padaczki lub drgawek.

V. Puczony/a o odpowiedzialno ci karnej z art. 233 Kodeksu karnego – o wiadczam, e podane przeze mnie dane s zgodne z prawd .

Podpis osoby składaj cej o wiadczenie

Data

*) zaznaczy wł ciwe