

# Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia

## I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu

u Pana / Pani .....

*imię i nazwisko*

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL

nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość .....

zamieszkały (a) .....

*miejsowość, ulica, nr domu, nr lokalu*

Data urodzenia: ..... Tel.: .....

Kategoria

prawa jazdy:

--

## 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

1. Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiegokolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności?  TAK  NIE
2. Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeżeli tak, to jakie?  TAK  NIE

- .....
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                                     | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.2. Choroby serca  | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.3. Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa                  | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.4. Zawał serca  | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.5. Choroby wymagające operacji serca                          | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.6. Nieregularne bicie serca                                   | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.7. Zaburzenia oddychania                                      | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.8. Zaburzenia funkcji nerek                                   | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.9. Cukrzyca   | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.10. Urazy głowy, urazy kręgosłupa                             | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.11. Drgawki, padaczka   | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.12. Omdlenia  | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.13. Udar mózgu/wylew krwi do mózgu                            | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.14. Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.15. Utraty pamięci lub trudności z koncentracją               | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| 3.16. Inne zaburzenia neurologiczne                             | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |

- 3.17. Choroby szyi, pleców lub kończyn  TAK  NIE
- 3.18. Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem  TAK  NIE
- 3.19. Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm)  TAK  NIE
- 3.20. Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie oślepienia przez światła innych pojazdów  TAK  NIE
- 3.21. Ubytek słuchu lub głuchota  TAK  NIE
- 3.22. Choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe  TAK  NIE
4. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operacje lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to proszę opisać  TAK  NIE

.....

5. Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to proszę podać kiedy?  TAK  NIE

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?  TAK  NIE

7. Czy ktokolwiek mówił Panu/Pani o zaobserwowanych u Pana/Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu?  TAK  NIE

8. Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu?  TAK  NIE

9. Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakich?  TAK  NIE

10. Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole)

- Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu       Dwa do trzech razy w tygodniu
- Raz w miesiącu       Cztery i więcej razy w tygodniu
- Dwa do czterech razy w miesiącu

11. Czy był/a Pan/Pani sprawcą/uczestnikiem wypadku drogowego od dnia zdania egzaminu na prawo jazdy?  TAK  NIE

12. Czy pobiera Pan/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy? Jeżeli tak, to z jakiego powodu?  TAK  NIE

13. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny?  TAK  NIE

**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.**

.....

Data

.....

Podpis osoby składającej oświadczenie