

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.

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

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....
Data

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 ne 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: | | |

* zaznaczyć właściwe

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 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 rozpoznania 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 kiedykolwiek 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 jakich ? | | |
| | | | |
| 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 ? | | |
| | | | |
| | | | |