

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu

Imię	Nazwisko
Adres zamieszkania (ulica, numer domu i mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)	
Data urodzenia	Telefon kontaktowy
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 kratkę. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeżeli tak, to jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Choroby serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Zawał serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Choroby wymagające operacji serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Nieregularne bicie serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Zaburzenia oddychania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Zaburzenia funkcji nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10	Urazy głowy, urazy kręgosłupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11	Drgawki, padaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12	Omdlenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13	Udar mózgu/wylew krwi do mózgu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14	Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.15	Utraty pamięci lub trudności z koncentracją	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16	Inne zaburzenia neurologiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.17	Choroby szyi, pleców lub kończyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.18	Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.19	Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.20	Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie oślepienia przez światła innych pojazdów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.21	Ubytek słuchu lub głuchota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.22	Choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to proszę opisać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to proszę podać kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Czy ktokolwiek mówił Panu/Pani o zaobserwowanych u Pana/Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakich?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole) – zaznaczyć jedną z opcji		
	Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu	<input type="checkbox"/>	
	Raz w miesiącu	<input type="checkbox"/>	
	Dwa do czterech razy w miesiącu	<input type="checkbox"/>	
	Dwa do trzech razy w tygodniu	<input type="checkbox"/>	
	Cztery i więcej razy w tygodniu	<input type="checkbox"/>	
11.	Czy był/a Pan/Pani sprawcą/uczestnikiem wypadku drogowego od dnia zdania egzaminu na prawo jazdy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Czy pobiera Pan/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy? Jeżeli tak, to z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

Podpis osoby składającej oświadczenie	Data
---------------------------------------	------