

## 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 osób, którym nie nadano nr PESEL – nazwa i nr 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 jakiejkolwiek 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. | Zaburzenie 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, depresje 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 jakich?.....                                                                  |     |     |
| 10.   | Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole)? (zaznacz właściwe)                                                                          |     |     |
|       | 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.**

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie

.....  
Data