

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

### I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu

Imię <b>JAN</b>	Nazwisko <b>NOWAK</b>
Adres zamieszkania <b>Ul. NOWA 1, 00-9501 WARSZAWA</b>	
Data urodzenia <b>01.01.1958</b>	Telefon <b>799 123 123</b>
Kategoria prawa jazdy <b>np. B, C, CE, T</b>	Nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL - nazwa i numer dokumentu  stwierdzającego tożsamość <b>5801012222</b> .....

### 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?		<b>X</b>
2.	Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeżeli tak, to jakie? ..... <b>jeżeli zaznaczamy TAK - wpisać jakie leki</b> .....		<b>X</b>
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		<b>X</b>
3.2	Choroby serca		<b>X</b>
3.3	Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa		<b>X</b>
3.4	Zawał serca		<b>X</b>
3.5	Choroby wymagające operacji serca		<b>X</b>
3.6	Nieregularne bicie serca		<b>X</b>
3.7	Zaburzenia oddychania		<b>X</b>
3.8	Zaburzenia funkcji nerek		<b>X</b>
3.9	Cukrzyca		<b>X</b>
3.10	Urazy głowy, urazy kręgosłupa		<b>X</b>
3.11	Drgawki, padaczka		<b>X</b>
3.12	Omdlenia		<b>X</b>
3.13	Udar mózgu/wylew krwi do mózgu		<b>X</b>
3.14	Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi		<b>X</b>
3.15	Utraty pamięci lub trudności z koncentracją		<b>X</b>
3.16	Inne zaburzenia neurologiczne		<b>X</b>
3.17	Choroby szyi, pleców lub kończyn		<b>X</b>
3.18	Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem		<b>X</b>
3.19	Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm)		<b>X</b>
3.20	Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie oślepienia przez światła innych pojazdów		<b>X</b>
3.21	Ubytek słuchu lub głuchota		<b>X</b>
3.22	Choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe		<b>X</b>

4.	Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to proszę opisać .....		<b>x</b>
	..... <b>wpisać nazwę urazu, zabiegu oraz rok</b> .....		
5.	Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to proszę podać kiedy? ..... <b>wpisać rok</b> .....		<b>x</b>
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?		<b>x</b>
7.	Czy ktokolwiek mówił Panu/Pani o zaobserwowanych u Pana/Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu?		<b>x</b>
8.	Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu?		<b>x</b>
9.	Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakich? <b>Wpisać nazwy</b> .....		<b>x</b>
10.	Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole)*)	<b>Zaznaczamy 1 opcję</b>	
	Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu		
	Raz w miesiącu		<b>x</b>
	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?		<b>x</b>
12.	Czy pobiera Pan/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy? Jeżeli tak, to z jakiego powodu? ..... <b>jeśli TAK wpisać powód</b> .....		<b>x</b>
13.	Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny? ... <b>wpisać jakie orzeczenie i z jakiego powodu</b> .....		<b>x</b>

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.

<b>PODPIS PACJENTA</b>	<b>Aktualna data</b>
Podpis osoby składającej oświadczenie	Data

**Uwaga: zaznaczone krzyżkami odpowiedzi są tylko przykładem.**