

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA¹⁾

I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu

Nazwisko:	Imię:
Adres zamieszkania:	
Data urodzenia:	Telefon lub adres e-mail:
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 rubrykę. Jeśli pytanie jest niezrozumiałe należy poprosić o pomoc lekarza i uzupełnić odpowiedź.
Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu go 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? Jeśli tak – to jakie?		

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.

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

¹⁾ Zgodnie z art. 78 ustawy z dnia 5 stycznia 2018r. o kierujących pojazdami osoba podlegająca badaniu lekarskiemu, a w przypadku niepełnoletniego kandydata, ucznia i słuchacza, o których mowa w art. 75 ust. 1 pkt 7 i 8 tej ustawy – rodzic w rozumieniu art. 4 pkt 19 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019r. poz. 1148, z późn.zm.) są obowiązani wypełnić oświadczenie dotyczące stanu zdrowia pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2018r. poz. 1600, z późn.zm.). Oświadczenie składa się uprawnionemu lekarzowi.

	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		
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. Utrata 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 rozpoznawania barw (daltonizm)		
3.20. Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie oślepienia przez światła innych pojazdów		
3.21. Ubytek słuchu, głuchota lub operacja ucha		
3.22. Choroby psychiczne, depresja lub zaburzenia nerwicowe		
4. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeśli tak, proszę opisać:		

	TAK	NIE
5. Czy używa lub kiedykolwiek używał 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 zatrzymywania 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 z jakiej przyczyny		

Białystok, dn.....

ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ LEKARSKICH

Ja, niżej podpisana/y, działając jako rodzic/opiekun
prawny*

.....
(imię nazwisko i numer PESEL osoby poddającej się badaniu)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań
lekarskich wymaganych do uzyskania profilu kandydata na
kierowcę.

.....
(Czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić