Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia

I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu

Nazwisko: Kowalski	Imię: Jan
Adres zamieszkania: Mokra, 89-650 Czersk	
Data urodzenia: 1985-11-02	Tel:
Kategoria prawa jazdy:	Nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość: 85110208874

II. Instrukcja wypełniania 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.	Zaburzenia 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, 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 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 narkotyki lub inne substancje psychoaktywne? Jeżeli tak, to jakie?		
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?		

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

*) zaznaczyć właściwe