



OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA ¹⁾

I. Dane osobowe 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. Instytucja 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 stwierdzona u Pana/Pani niżej wymienione choroby, dolegliwości, objawy lub został/a Pan/Pani poinformowany/a o nich przez lekarza:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1.	Wysokie ciśnienie krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2.	Choroba 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.	Utrata 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, głuchota lub operacja ucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		TAK	NIE
3.22	Choroby psychiczne, depresja 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, o proszę to 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"/>
Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole) – zaznaczyć jedną z opcji			
10	Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Raz w miesiącu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dwa do czterech razy w miesiącu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dwa do trzech razy w tygodniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cztery i więcej razy w tygodniu	<input type="checkbox"/>	<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 podbiera 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. Oświadczenie

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 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 24 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 skład się uprawnionemu lekarzowi.