KARTA BADANIA LEKARSKIEGO
OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O UPRAWNIENIA DO KIEROWANIA POJAZDAMI I KIEROWCÓW

Data badania: . .
dzień miesiąc rok

1. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY BADANEJ

Imię i nazwisko:	Data urodzenia: . . dzień miesiąc rok	
Nr PESEL:	Płeć: ◯ K ◯ M	Rok uzyskania prawa jazdy:
Miejsce zamieszkania (ulica, nr domu/lokalu, miejscowość):		Kod pocztowy:

2. PODLEGA BADANIU LEKARSKIEMU Z TYTUŁU

	Zaznacz właściwe	Kategoria prawa jazdy lub pozwolenie do kierowania tramwajami
☐	Ubiega się o prawo jazdy lub pozwolenie do kierowania tramwajem	
☐	Ubiega się o przywrócenie uprawnienia do kierowania pojazdem, cofniętego ze względu na stan zdrowia	
☐ ☐	Skierowany przez organ kontroli ruchu drogowego z powodu: a) uczestniczenia w wypadku drogowym, w następstwie którego jest śmierć innej osoby lub ciężki uszczerbek na jej zdrowiu, b) kierowania pojazdem w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środka działającego podobnie do alkoholu	
☐ ☐	Skierowany decyzją starosty: a) w związku z zastrzeżeniami co do stanu zdrowia, b) osoba niepełnosprawna posiadająca prawo jazdy	
☐	Kandydat na instruktora lub egzaminatora osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami	
☐	Ponowne badanie lekarskie w związku z ograniczeniem zawartym w prawie jazdy, wynikającym ze stanu zdrowia kierowcy	
☐ ☐ ☐	Badanie kontrolne: a) kierowcy pojazdu uprzywilejowanego, b) instruktora lub egzaminatora, c) kierującego tramwajem	

3. BADANIE OGÓLNE STANU ZDROWIA

A. Badanie podmiotowe (wywiad lekarski)

		TAK	NIE	Jeżeli TAK, to wpisać opis
1	Dolegliwości zgłaszane spontanicznie	◯	◯	
2	Urazy czaszki	◯	◯	
3	Urazy kończyn górnych, kończyn dolnych, kręgosłupa	◯	◯	
4	Incydenty nagłej utraty przytomności	◯	◯	
5	Choroby układu nerwowego (w tym padaczka)	◯	◯	

Gabinet Lekarski Teresa W...

		TAK	NIE	Jeżeli TAK, to wpisać opis
6	Choroby psychiczne	◯	◯	
7	Choroby narządu ruchu	◯	◯	
8	Choroby układu krążenia	◯	◯	
9	Cukrzyca	◯	◯	
10	Choroby układu oddechowego, w tym zaburzenia oddychania podczas snu	◯	◯	
11	Choroby układu pokarmowego	◯	◯	
12	Choroby endokrynologiczne	◯	◯	
13	Choroby układu moczowego	◯	◯	
14	Przebyte hospitalizacje, w tym zabiegi operacyjne	◯	◯	
15	**Przyjmowane leki:**			
	a) obecnie	◯	◯	
	b) w ciągu ostatnich kilku lat	◯	◯	
Inne problemy zdrowotne:				
16	**Nałogi i uzależnienia:**			
	1) palenie papierosów	◯	◯	
	2) spożywanie alkoholu (częstość, ilość, rodzaj alkoholu, od jak dawna, czy się upija)	◯	◯	
	3) przyjmowanie środków odurzających lub substancji psychotropowych	◯	◯	
17	Leczenie w poradni specjalistycznej (w jakiej? od kiedy?)	◯	◯	
18	Czy jest rencistą? (z jakiego powodu?)	◯	◯	
19	Czy był sprawcą wypadku drogowego? (ile razy? kiedy?)	◯	◯	

Data: . .

dzień miesiąc rok

(podpis osoby badanej – imię i nazwisko)

Gabinet Lekarski