Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia [1)]

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, zaznaczając odpowiednie pole Tak lub Nie. 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

Lp.		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	◯	◯

Lp.		Tak	Nie
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, depresja lub zaburzenia nerwicowe	◯	◯
4	Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to proszę opisać.	◯	◯
5	Czy używa lub 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 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 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.

Podpis osoby składającej oświadczenie (imię i nazwisko)

Data

1) Zgodnie z art. 78 ustawy z dnia 5 stycznia 2018 r. 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 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2019 r. 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 2018 r. poz. 1600, z późn. zm.). Oświadczenie składa się uprawnionemu lekarzowi.

Część wypełniana przez lekarza – nie wypełniać

Uzupełnia lekarz	Przebyte choroby, urazy i operacje oczu		Tak	Nie	jakie, kiedy?	
	Okulary / soczewki kontaktowe		Tak	Nie	od kiedy?	
Pierwsze PJ	Kolejne PJ	Data otrzymania pierw. PJ		Kod		Lat
Badanie wzroku	OP	OL		RR		AS
Ostrość wzroku bez korekcji				GLC		ZEZ
Ostrość wzroku z korekcją				UP		UL
Obuoczna ostrość wzroku po korekcji				Widzenie obuoczne/test Motyla		
Pole widzenia				Blizny, amputacje, inne odchylenia		
Rozpoznawanie barw						