

.....

IV. Oświadczam, że jestem świadomy(-ma) konieczności zgłoszenia się do ponownej oceny stanu zdrowia w celu stwierdzenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami w przypadku:

- 1) wystąpienia w porze czuwania epizodu ciężkiej hipoglikemii, także niezwiązanego z kierowaniem pojazdami (dotyczy osób chorych na cukrzycę);
- 2) wystąpienia napadu padaczki lub drgawek.

Podpis osoby składającej oświadczenie

Data

Objaśnienie:

1) Zgodnie z art. 78 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2021 r. poz. 1212, z późn. zm.) 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, rodzice w rozumieniu art. 4 pkt 19 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082, z późn. zm.) są obowiązani wypełnić oświadczenie dotyczące stanu zdrowia pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, z późn. zm.). Oświadczenie składa się uprawnionemu lekarzowi.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA¹⁾

I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu

Nazwisko:

Imię:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia:

Telefon lub adres e-mail – jeżeli posiada:

Kategoria prawa jazdy:

Numer PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

II. Instrukcja wypełnienia ankiety

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania przez wstawienie znaku „X” w odpowiednią rubrykę. W przypadku gdy pytanie jest niezrozumiałe, należy poprosić o pomoc lekarza, aby udzielić odpowiedzi.

III. Dane dotyczące stanu zdrowia

Lp.	Pytanie 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? Jeżeli tak, to jakie?	☐	☐
3	Czy kiedykolwiek wystąpiły lub stwierdzono u Pana/Pani niżej wymienione choroby,		

	dolegliwości, objawy lub został(a) Pan/Pani poinformowany(-na) 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	mudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi	☐	☐	☐
3.15	utruty 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(a) Pan/Pani operację lub wypadek lub był(a) w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to proszę opisać:	☐	☐	☐
5	Czy używa lub kiedykolwiek używał(a) Pan/Pani aparatu słuchowego?	☐	☐	☐

	Jeżeli tak, to kiedy?	☐	☐
6	Czy kiedykolwiek był(a) Pan/Pani badany(-na) 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, wódkę i inne alkohole)?		
10.1	nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu	☐	☐
10.2	raz w miesiącu	☐	☐
10.3	dwa do czterech razy w miesiącu	☐	☐
10.4	dwa do trzech razy w tygodniu	☐	☐
10.5	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 potwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny?	☐	☐