

WZÓR

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia

I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu

Nazwisko: ✓	Imię: ✓	Jeżeli posiadasz dwa imiona, wpisz obydwa.
Adres zamieszkania: ✓ Najlepiej wpisać adres zameldowania, w przypadku adresu zamieszkania urzędy żądają jego potwierdzenia.		
Data urodzenia: ✓	Tel: ✓	
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 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 jakiegokolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności?	X - zaznacz odpowiednie	
2.	Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeżeli tak, to jakie?	X - zaznacz odpowiednie	
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	X - zaznacz odpowiednie	
3.2	Choroby serca	X - zaznacz odpowiednie	
3.3	Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa	X - zaznacz odpowiednie	
3.4	Zawał serca	X - zaznacz odpowiednie	
3.5	Choroby wymagające operacji serca	X - zaznacz odpowiednie	
3.6	Nieregularne bicie serca	X - zaznacz odpowiednie	
3.7	Zaburzenia oddychania	X - zaznacz odpowiednie	
3.8	Zaburzenia funkcji nerek	X - zaznacz odpowiednie	
3.9	Cukrzyca	X - zaznacz odpowiednie	
3.10	Urazy głowy, urazy kręgosłupa	X - zaznacz odpowiednie	
3.11	Drgawki, padaczka	X - zaznacz odpowiednie	
3.12	Omdlenia	X - zaznacz odpowiednie	
3.13	Udar mózgu/wylew krwi do mózgu	X - zaznacz odpowiednie	
3.14	Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi	X - zaznacz odpowiednie	
3.15	Utraty pamięci lub trudności z koncentracją	X - zaznacz odpowiednie	
3.16	Inne zaburzenia neurologiczne	X - zaznacz odpowiednie	
3.17	Choroby szyi, pleców lub kończyn	X - zaznacz odpowiednie	
3.18	Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem	X - zaznacz odpowiednie	
3.19	Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm)	X - zaznacz odpowiednie	
3.20	Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie osłepienia przez światła innych pojazdów	X - zaznacz odpowiednie	

WZÓR

3.21	Ubytek słuchu lub głuchota	X - zaznacz odpowiednie
3.22	Choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe	X - zaznacz odpowiednie
4.	Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to proszę opisać	X - zaznacz odpowiednie
5.	Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to proszę podać kiedy?	X - zaznacz odpowiednie
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?	X - zaznacz odpowiednie
7.	Czy ktokolwiek mówił Panu/Pani o zaobserwowanych u Pana/Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu?	X - zaznacz odpowiednie
8.	Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu?	X - zaznacz odpowiednie
9.	Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakie?	X - zaznacz odpowiednie
10.	Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole) *) Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu	X - zaznacz odpowiednie
	Raz w miesiącu	X - zaznacz odpowiednie
	Dwa do czterech razy w miesiącu	X - zaznacz odpowiednie
	Dwa do trzech razy w tygodniu	X - zaznacz odpowiednie
	Cztery i więcej razy w tygodniu	X - zaznacz odpowiednie
11.	Czy był/a Pan/Pani sprawcą/uczestnikiem wypadku drogowego od dnia zdania egzaminu na prawo jazdy?	X - zaznacz odpowiednie
12.	Czy pobiera Pan/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy? Jeżeli tak, to z jakiego powodu?	X - zaznacz odpowiednie
13.	Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny?	X - zaznacz odpowiednie

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

*jzaznaczyć właściwie

Tę stronę wypełnia lekarz.

7.4.	Zaniki mięśniowe		
7.5.	Objaw Babińskiego		
8.	Stan psychiczny		

C. Skierowania na badania pomocnicze albo konsultacje specjalistyczne:

.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęćka uprawnionego lekarza)

6. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Należy dołączyć wyniki wszystkich przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych według schematu:

Badanie..... Rozpoznanie..... Opinia..... Data..... Podpis i pieczęćka lekarza	Badanie..... Rozpoznanie..... Opinia..... Data..... Podpis i pieczęćka lekarza
Badanie..... Rozpoznanie..... Opinia..... Data..... Podpis i pieczęćka lekarza	Badanie..... Rozpoznanie..... Opinia..... Data..... Podpis i pieczęćka lekarza

7. BADANIA POMOCNICZE

Należy dołączyć wyniki badań pomocniczych.....

ROZPOZNANIE KOŃCOWE:

WNIOSKI:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęćka uprawnionego lekarza)

Objaśnienia:

¹⁾ Odpowiednie podkreślić

²⁾ W przypadku osoby, której nie nadano numer PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

³⁾ W przypadku prawidłowego wyniku badania postawić znak X w rubryce „Brak zmian patologicznych”, a w przypadku stwierdzonej patologii - podać szczegółowy jej opis.

Tę stronę wypełnia lekarz.

4. BADANIE NARZĄDU WZROKU

Imię i nazwisko badanego.....

numer PESEL²⁾.....

Adres miejsca zamieszkania.....

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego - tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie okulistyki)

Wywiad chorobowy

Lp.		TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
1.	Przebyte choroby, urazy i operacje			
2.	Korekcja okularowa			od ilu lat?
3.	Soczewki kontaktowe			od ilu lat?

Badanie przedmiotowe

Lp.		Oko prawe	Oko lewe	Opis patologii
1.	Ostrość wzroku bez korekcji			
2.	Ostrość wzroku z korekcją (podać korekcję i uzyskaną ostrość)			
3.	Obuoczna ostrość wzroku po korekcji			
4.	Pole widzenia			
5.	Rozpoznawanie barw			
6.	Widzenie obuoczne			
7.	Widzenie zmierzchowe			
8.	Wrażliwość na oślnienie			
9.	Wrażliwość na kontrast			

Rozpoznanie:

.....
.....
.....

Wnioski:

.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza uprawnionego lub lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie okulistyki)

Tę stronę wypełnia lekarz

5. BADANIE NARZĄDU SŁUCHU I RÓWNOWAGI

Imię i nazwisko badanego.....

Numer PESEL²⁾.....

Adres miejsca zamieszkania.....

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego - tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza laryngologa)

Wywiad chorobowy

Lp.	Przebyte choroby lub dolegliwości	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
1.	Zawroty głowy			
2.	Zaburzenia równowagi			
3.	Zapalenie błędnika			
4.	Choroba Meniere'a			
5.	Urazy głowy:			
	- z utratą przytomności			
	- bez utraty przytomności			
	- złamania kości czaszki			
6.	Choroby narządu słuchu:			jaki? kiedy?
	- zapalenie uszu			
			
	- operacje uszu			
			
7.	Upośledzenie słuchu:			od ilu lat?
	- ubytek słuchu jednostronny			
			
	- ubytek słuchu obustronny			
			
	- posługiwanie się aparatem/implantem słuchowym			
			

Badanie akumetryczne słuchu (szeptem)

	Ucho prawe	Ucho lewe
Odległość		
Z zastosowaniem aparatu słuchowego lub implantu słuchowego		
Odległość		

Badanie narządu równowagi¹⁾

Oczopląs samoistny:	obecny	nieobecny
Próby statyczno- dynamiczne:		
Próba Romberga	prawidłowa	nieprawidłowa
Próba Unterbergera/ Próba Fukudy	prawidłowa	nieprawidłowa
Test dynamicznej ostrości wzroku	prawidłowy	nieprawidłowy

Badania dodatkowe	Wynik badania

Rozpoznanie:

Wnioski:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza uprawnionego lub lekarza laryngologa)