# OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

**I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko: | Imię: |
| Adres zamieszkania: |
| Data urodzenia: | Telefon lub adres e-mail – jeżeli posiada: |
| Kategoria prawa jazdy: | Nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL – nazwa i numer dokumentu tożsamości: |

**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 jakiejkolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności? |  |  |
| 2 | Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeśli 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 | nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi |  |  |
| 3.15 | utrata 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) Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, 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 alcohol (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 o niepełnosprawności? Jeżeli tak, to jakie I z jakiej przyczyny? |  |  |

**IV. Oświadczenie**

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.

|  |  |
| --- | --- |
| Data: | Podpis osoby składającej oświadczenie: |

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. 75c 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 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.