OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA[1)]

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 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 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 Pan/Pani niżej wymienione choroby, dolegliwości, objawy lub został/a Pan/Pani poinfoimowany/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		
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 alkohol (piwo, wino, wódka 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 stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny ……..		

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.

…….. ……

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.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania mojego syna / córki ……

……

podpis rodzica