

# Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia

## I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu

|  |       |
|--|-------|
| Nazwisko:  | Imię: |
| Adres zamieszkania:                                |       |
| Data urodzenia:                                    | Tel:  |
| Kategoria prawa jazdy o którą ubiega się kandydat: | PESEL |

Specjalistyczna Praktyka Lekarska  
Radosław Chądźński

## II. Instrukcja wypełniania 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?  |     |     |
| 2.    | Proszę opisać<br>.....  |     |     |
| 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   |     |     |
| 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, depresję lub zaburzenia nerwicowe  |  |  |
| 4.    | Proszę opisać jakie, od kiedy, jakie stosowano leczenie:<br>.....<br>.....   |  |  |
| 5.    | .....<br>.....   |  |  |
| 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.    | .....  |  |  |
| 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.   | .....<br>.....   |  |  |
| 13.   | .....<br>.....   |  |  |

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.

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

\*) zaznaczyć właściwe

Specjalistyczna Praktyka Lekarska  
 Radosław Chądźński