

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA

I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu

| | |
|--|--|
| Nazwisko: NOWAK | Imię: JULIA |
| Kategoria prawa jazdy: B | |
| Data urodzenia: 02.02.2002 | Telefon lub adres e-mail: 883380383 |
| Adres zamieszkania: 70-461 SZCZECIN UL. PIŁSUDSKIEGO 34/U1 | Nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość 02220211609 |

II. Instrukcja wypełniania ankiety

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając znak „X” w odpowiednią rubrykę. Jeśli pytanie jest niezrozumiałe, należy poprosić o pomoc lekarza i uzupełnić odpowiedź.

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu go 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 |
| 2. | Czy przyjmuje Pan/ Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeśli tak – to jakie? <i>Raz dziennie Eutyroks 134 mg – pod kontrolą Endokrynologa od 2019 r.</i> | X | |
| 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: | | |

| | | TAK | NIE |
|------|---|-----|-----|
| 3.1 | Wysokie ciśnienie krwi | | X |
| 3.2 | Choroby serca | | X |
| 3.3 | Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa | | X |
| 3.4 | Zawał serca | | X |
| 3.5 | Choroby wymagające operacji serca | | X |
| 3.6 | Nieregularne bicie serca | | X |
| 3.7 | Zaburzenie oddychania | | X |
| 3.8 | Zaburzenie funkcji nerek | | X |
| 3.9 | Cukrzyca | | X |
| 3.10 | Urazy głowy, urazy kręgosłupa | | X |

| | | TAK | NIE |
|------|--|-----|-----|
| 3.11 | Drgawki, padaczka | | X |
| 3.12 | Omdlenia | | X |
| 3.13 | Udar mózgu / wylew krwi do mózgu | | X |
| 3.14 | Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi | | X |
| 3.15 | Utraty pamięci lub trudności z koncentracją | | X |
| 3.16 | Inne zaburzenia neurologiczne | | X |
| 3.17 | Choroby szyi, pleców lub kończyn | | X |
| 3.18 | Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem | | X |
| 3.19 | Zaburzenie rozpoznawania barw (daltonizm) | | X |
| 3.20 | Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie oślepienia przez światła innych pojazdów | | X |
| 3.21 | Ubytek słuchu, głuchota lub operacja ucha | | X |
| 3.22 | Choroby psychiczne, depresja lub zaburzenia nerwicowe | | X |
| 4. | Czy kiedykolwiek miał Pan/ Pani operację lub wypadek, lub był Pan/ Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, proszę opisać. <i>Wycięcie wyrostka robaczkowego – 2023 r.</i> | X | |
| 5. | Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/ Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to proszę podać kiedy. | | X |
| 6. | Czy kiedykolwiek był/a Pan/ Pani badany/a z powodu zaburzeń snu lub lekarz informował, że ma Pan/ Pani zaburzenia snu, zespół bezdechu nocnego lub narkolepsję? | | X |
| 7. | Czy ktokolwiek mówił Panu/ Pani o zaobserwowanych u Pana/ Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu? | | X |
| 8. | Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/ Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu? | | X |
| 9. | Czy używa Pan/ Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakich? | | X |
| 10. | Jak często pije Pan/ Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole)? WYBIERZ JEDNĄ ODPOWIEŹ I ZAZNACZ „TAK”: | | |
| | Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu | X | |
| | 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 do dnia zdania egzaminu na prawo jazdy? | | X |
| 12. | Czy pobiera Pan/ Pani rentę z tytułu niezgodności do pracy? Jeżeli tak, to z jakiego powodu? | | X |
| 13. | Czy posiada Pan/ Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jaki i z jakiej przyczyny? | | X |

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

21.05.2024

Julia Nowak

.....
Data

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

1) Zgodnie z art. 78 ustawy z dnia 5 stycznia 2018 r. o kierujących pojazdami 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 – rodzic w rozumieniu art. 4 pkt 19 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. z 2019 r. poz. 1148, z późn. Zm.) są obowiązani wypełnić oświadczenie zdrowia pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, z późn. Zm.). Oświadczenie składa się uprawnionemu lekarzowi.