**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA 1)**

1. **Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu (kierowcy)**
2. **(ucznia/ kandydata do prawa jazdy w ramach nauki w szkole)**

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

1. **Instrukcja wypełnienia 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.

1. **Dane 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 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, głuchota lub operacja ucha  |   |   |
| 3.22  | Choroby psychiczne, depresja lub zaburzenia nerwicowe  |   |   |
| 4.  | Czy kiedykolwiek miał 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 proszę podać kiedy? ……………………………………………………………………………………………………… |    |    |
| 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.  | 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)?  |   |   |
| 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.  | 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/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.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 **Podpis osoby składającej oświadczenie** **Data**

**W przypadku osoby nieletniej podpis rodzica**

**lub opiekuna prawnego**

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 dotyczące stanu 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.