

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia.

I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu.

Nazwisko	Imię
Adres	
Data urodzenia	Tel.
Powód badania (niewłaściwe skreślić): Wznowienie / ubieganie się o prawo jazdy	
Kategoria prawa jazdy	Pesel *

*w przypadku braku – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

II. Instrukcja wypełnienia 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.

II. Dane dotyczące stanu zdrowia

		Tak	Nie
1	Czy korzysta Pan/i z opieki zdrowotnej z powodu jakiegokolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności		
2	Czy przyjmuje Pan/i leki przepisane na receptę dostępne bez recepty lub suplementy diety. (Jakie)		
3	Czy kiedykolwiek wystąpiły lub stwierdzono u Pana/i niżej wymienione choroby, dolegliwości objawy lub został/a Pan/i poinformowany o nich przez lekarza:		
3.1	Wysokie ciśnieni 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, wada wzroku		
3.19	Zaburzenie 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	Czy kiedykolwiek miał Pan/i operacje lub wypadek, lub był/a Pan/i w szpitalu z jakiegokolwiek powodu. (opisać)		
5	Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/i aparatu słuchowego		

6	Czy kiedykolwiek był/a Pan/i badany/a z powodu zaburzeń snu lub lekarz informował, że ma Pan/i zaburzenia snu, zespoły bezdechu nocnego lub narkolepsję.		
7	Czy ktokolwiek mówił Panu/i o zaobserwowanych u Pana/i epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu.		
8	Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/i z pomocy lub wsparcia z powodu nadużywania alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu.		
9	Czy używa Pan/i narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych (jakich		
10	Jak często pije Pan/i 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 trzy razy w tygodniu		
	Cztery i więcej razy w tygodniu		
11	Czy był/a Pan/i sprawcą wypadku drogowego od dnia zdawania egzaminu na prawo jazdy		
12	Czy pobiera Pan/i rentę z tytułu niezdolności do pracy (z jakiego		
13.	Czy posiada Pan/i orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność (jakie i z jakiej przyczyny		

*zaznaczyć właściwe

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

V. 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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, moich danych osobowych zawartych w formularzach wypełnianych w gabinecie lekarskim zgodnie z brzmieniem Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Oświadczam, że zostałem poinformowany(-a), że:

- przekazanie danych osobowych jest warunkiem uczestnictwa w badaniu lekarskim
- gromadzone dane osobowe podlegają przetwarzaniu jedynie w celach wydania orzeczenia lekarskiego i innych czynności medycznych,
- moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z innych przepisów medycznych
- w każdym czasie mogę cofnąć wyrażoną zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych, jak też żądać dostępu do treści danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych, całkowitego usunięcia, wnieść sprzeciwu wobec celu przetwarzania moich danych osobowych, otrzymania kopii zgromadzonych danych, przekazania ich mi lub innemu podmiotowi wskazanemu przeze mnie,
- w przypadku naruszenia przepisów regulujących przetwarzanie danych osobowych, wnieść do Urzędu Ochrony Danych Osobowych stosownej skargi.

Data i podpis