Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2019 r.

Załącznik nr 1

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA0

**I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

**II. 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.

**III. 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 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 Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, proszę opisać  …………………………………………………………………………………….  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 kierowaniem pojazdami;
2. wystąpienia napadu padaczki lub drgawek

……………………………………….. …………………………….  
 Podpis osoby składającej oświadczenie data  
  
  
  
 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. 7 5 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 2020 r. poz. 910, z późn. zm.) są obowiązani wypełnić oświadczenie dotyczące stanu zdrowia pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.). Oświadczenie składa się uprawnionemu lekarzowi.

Data