

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia

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 uprawnionemu lekarzowi będzie przechowywane w dokumentacji medycznej!

III. Dane dotyczące stanu zdrowia

1.	Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiegokolwiek choroby, przebiegłych 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 wystąpił 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 osłabienia przez światła innych pojazdów		

* DOTYCZY KANDYDATÓW NA KIEROWCÓW

3.21.	Ubytek słuchu, głuchota lub operacja ucha		
3.22.	Choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe		
4.	Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operację lub wypadek, lub była Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to 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, zespół bezdechu nocnego lub narcolepsję?		
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 była 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 konsekwencji zgłoszenia się do ponownej oceny stanu zdrowia w celu

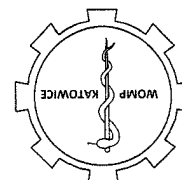
stwierdzenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami w przypadku:

- (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

(*) Zgodnie z art. 78 ustawy z dnia 5 stycznia 2018 r. o kierujących pojazdami osoba podlegająca badaniu lekarskiemu, a w przypadku niepełnoletniego kandydata, uczenia 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.



Imię i nazwisko osoby badanej:

BADANIE PODMIOTOWE

Szarki badane(e):

Opis	Tak	Nie			
Urazy czaszki					
Urazy układu ruchu					
Omdlenia					
Padaczka					
Inne choroby układu nerwowego					
Choroby psychiczne					
Cukrzyca					
Choroby narządu słuchu/głosu					
Choroby narządu wzroku					
Choroby układu krwionośnego					
Choroby układu krążenia					
Choroby układu oddechowego					
Choroby układu pokarmowego					
Choroby układu moczowo - pęciowego					
Choroby układu ruchu					
Choroby skóry / uczulenia					
Choroby zakaźne / pasożytnicze					
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)					
Wywiad rodzinny*					
Inne problemy zdrowotne					
Palenie tytoniu					
Inne używki					
W przeszłości:					
Obecnie:					
Subiektywna ocena stanu zdrowia	Barzo dobre	Dobre	Raczej Dobre	Raczej słabe	Słabe

Opis - uwagi	Tak	Nie
Czy badany(a) przebywał(a) zabieg(i) operacyjny(ych) i jakie i kiedy?		
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej i jakie?		
Czy badany(a) przyjmuje leki i jakie?		

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.

.....
(podpis badanego/ rodzica lub opiekuna prawnego)

.....
(podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

*W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, chorób psychicznych, chorób serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.

(miejscowość, data, czytelny podpis pacjenta)

Zgoda pacjenta, który ukończył 16 lat na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadectwa zdrowotnego:

(miejscowość, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

W dniu (data usługi medycznej) bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) ww. pacjenta matoletniego.

(imię i nazwisko matoletniego pacjenta, pesel)

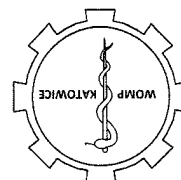
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadectwa zdrowotnego w ramach badań wykonywanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.

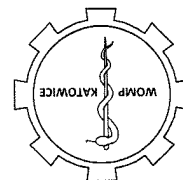
Zgoda na udzielenie świadectwa zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego)

1. Imię i nazwisko.....
2. Stopień pokrewieństwa do matoletniego.....

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego)

WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY W KATOWICACH
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
DZIAŁ KONSULTACYJNO – DIAGNOSTYCZNY
41-200 Sosnowiec, ul. Staszica 44a
Sekretariat fax 32 290 44 65
tel. 32 290 44 56, 32 290 44 66
rejestracja@womp.info
www.womp.info
sąd Rejonowy w Katowicach
Wydział VIII Gospodarczy
KRS 0000040776
NIP 9542260742
REGON 270170649





ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

Dane osobowe osoby badanej:

Imię i nazwisko.....

PeSEL.....

Adres zamieszkania / pobytu.....

Telefon kontaktowy opiekuna prawnego.....

Czy osoba badana miała kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-COV-2 (zaznacz właściwie)

NIE TAK

Czy obecnie osoba badana jest objęta nadzorem epidemiologicznym, kwarantanną lub izolacją?

NIE TAK

Czy osoba badana miała kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie?

NIE TAK

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy:

	NIE	TAK	Jeśli TAK - od kiedy początek (data)
Objawy przeziębienia (katar, drapanie w gardle)			
Temperatura powyżej 37,5 st. C			
Kaszel			
Trudność w nabieraniu powietrza			
Inne			

Data i podpis osoba badanej i opiekuna prawnego

