

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia¹⁾

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

		TAK	NIE
1.	Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiegokolwiek 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 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 oślepienia przez światła innych pojazdów		

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 był/a 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, 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?		

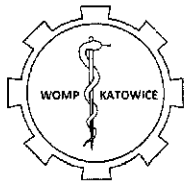
IV. Oświadczam, że jestem świadomy/a konieczności zgłoszenia się do ponownej oceny stanu zdrowia w celu stwierdzenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami w przypadku:

- 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

*) 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. 1800 z późn. zm.). Oświadczenie składa się uprawnionemu lekarzowi.



WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCZYNY 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

Imię i nazwisko osoby badanej:.....

BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej):.....

	Tak	Nie	Opis	
Urazy czaszki				
Urazy układu ruchu				
Omdlenia				
Padaczka				
Inne choroby układu nerwowego				
Choroby psychiczne				
Cukrzyca				
Choroby narządu słuchu/głosu				
Choroby narządu wzroku				
Choroby układu krwiotwórczego				
Choroby układu krążenia				
Choroby układu oddechowego				
Choroby układu pokarmowego				
Choroby układu moczowo - piciowego				
Choroby układu ruchu				
Choroby skóry / uczulenia				
Choroby zakaźne / pasożytnicze				
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny*				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			W przeszłości:	Obecnie:
Inne używki				

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre		Dobre		Raczej Dobre		Raczej słabe		Słabe	
---------------------------------	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	-------	--

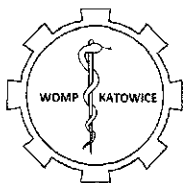
	Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badany(a) przebywał(a) zabieg(i) operacyjny(e) ? Jakiej ? Kiedy ?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej ? Jakiej ?			
Czy badany(a) przyjmuje leki ? Jakiej ?			

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, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.



WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCZYNY 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

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego)

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

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lekarskiego lub/i udzielenie innego świadczenia 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.

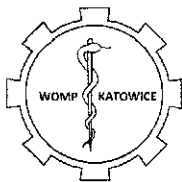
.....
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, pesel)

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

.....
(miejsce, data, czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

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

.....
(miejsce, data, czytelny podpis pacjenta)



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 ZAKAŻENÍ 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 właściwe)

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

.....