

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA /
HEALTH STATEMENT**

Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu
Details of the person undergoing medical examination

Nazwisko/ Surname	Imię/ Name
Adres zamieszkania/ Adress	
Data urodzenia/ Date of birth	Telefon/ Telephone number
Kategoria prawa jazdy/ Driving licence category	Numer PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość/ PESEL number, and in the case of a person who has not been assigned a PESEL number - the name and number of the identity document:

I. Instrukcja wypełnienia ankiety/ Instructions for completing the survey

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania przez wstawienie znaku "X" w odpowiednią rubrykę. W przypadku gdy pytanie jest niezrozumiałe, należy poprosić o pomoc lekarza, aby udzielił odpowiedzi./ Please answer the following questions by marking "X" in the appropriate box. If a question is unclear, please seek the assistance of a doctor to provide an answer.

II. Dane dotyczące stanu zdrowia/ Health Data

Lp.	Pytanie dotyczące stanu zdrowia/ Question about health	Tak/ Yes	Nie/ No
1	Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiegokolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności? / Do you receive health care because of any illness, injury or disability?		
2	Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeżeli tak, to jakie? / Do you take any prescription or over-the-counter medications or dietary supplements? If so, which ones?		
3	Czy kiedykolwiek wystąpił lub stwierdzono u Pana/Pani niżej wymienione choroby, dolegliwości, objawy lub został(a) Pan/Pani poinformowany(-na) o nich przez lekarza? / Have you ever had or been diagnosed with the following diseases, ailments or symptoms, or have you been informed about them by a doctor?		
3.1	wysokie ciśnienie krwi/ high blood pressure		
3.2	choroby serca/ heart disease		
3.3	ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa/ chest pain, coronary artery disease		
3.4	zawał serca/ heart attack		
3.5	choroby wymagające operacji serca/ diseases requiring heart surgery		
3.6	nieregularne bicie serca/ irregular heartbeat		
3.7	zaburzenia oddychania/ breathing disorders		
3.8	zaburzenia funkcji nerek/ kidney function disorders		
3.9	Cukrzyca/ diabetes		
3.10	urazy głowy, urazy kręgosłupa/ head injuries, spinal injuries		
3.11	drgawki, padaczka/ convulsions, epilepsy		
3.12	Omdlenia/ fainting		
3.13	udar mózgu / wylew krwi do mózgu/ stroke / cerebral hemorrhage		
3.14	nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi/ nausea, dizziness, balance problems		
3.15	utrąty pamięci lub trudności z koncentracją/ memory loss or difficulty concentrating		
3.16	inne zaburzenia neurologiczne/ other neurological disorders		
3.17	choroby szyi, pleców lub kończyn/ diseases of the neck, back or limbs		
3.18	podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem/ double vision, vision problems		
3.19	zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm)/ color vision disorders (color blindness)		
3.20	trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie oślepienia przez światła innych pojazdów/ difficulty seeing at dusk and often feeling blinded by the lights of other vehicles		
3.21	ubytek słuchu, głuchota lub operacja ucha/ hearing loss, deafness or ear surgery		
3.22	choroby psychiczne, depresja lub zaburzenia nerwicowe/ mental illness, depression or neurotic disorders		

4	Czy kiedykolwiek miał(a) Pan/Pani operację lub wypadek lub był(a) w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to proszę opisać/ Have you ever had surgery, an accident or been in hospital for any reason? If so, please describe		
5	Czy używa lub kiedykolwiek używał(a) Pan/Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to kiedy?/ Do you use or have you ever used a hearing aid? If so, when?		
6	Czy kiedykolwiek był(a) Pan/Pani badany(-na) z powodu zaburzeń snu lub lekarz informował, że ma Pan/Pani zaburzenia snu, zespoły bezdechu nocnego lub narkolepsję?/ Have you ever been evaluated for a sleep disorder or been told by a doctor that you have a sleep disorder, sleep apnea syndrome or narcolepsy?		
7	Czy ktokolwiek mówił Panu/Pani o zaobserwowanych u Pana/Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu?/ Has anyone told you about the episodes of breathing stopping during your sleep that you have observed?		
8	Czy kiedykolwiek potrzebował(a) Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu?/ Have you ever needed help or support because of alcohol or alcohol-like substance abuse?		
9	Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakich?/ Do you use drugs or other psychoactive substances? If so, which ones?		
10	Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódkę i inne alkohole)?/ How often do you drink alcohol (beer, wine, vodka and other alcoholic beverages)?		
10.1	niegdzie albo rzadziej niż raz w miesiącu/ never or less than once a month		
10.2	raz w miesiącu/ once a month		
10.3	dwa do czterech razy w miesiącu/ two to four times a month		
10.4	dwa do trzech razy w tygodniu/ two to three times a week		
10.5	cztery i więcej razy w tygodniu/ four or more times a week		
11	Czy był(a) Pan/Pani sprawcą/uczestnikiem wypadku drogowego od dnia zdania egzaminu na prawo jazdy?/ Have you been the perpetrator or participant in a road accident since the date of passing your driving test?		
12	Czy bierze Pan/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy? Jeżeli tak, to z jakiego powodu?/ Do you receive a disability pension? If so, for what reason?		
13	Czy posiada Pan/Pani orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny?/ Do you have a certificate confirming your disability? If so, what kind and why?		

Oświadczam, że jestem świadomy(-ma) konieczności zgłoszenia się do ponownej oceny stanu zdrowia w celu stwierdzenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami w przypadku:

- wystąpienia w porze czuwania epizodu ciężkiej hipoglikemii, także niezwiązanego z kierowaniem pojazdami (dotyczy osób chorych na cukrzycę);
- wystąpienia napadu padaczki lub drgawek.

I declare that I am aware of the need to undergo a re-assessment of my health status in order to determine whether or not there are any health contraindications to driving in the event of:

- an episode of severe hypoglycemia during waking hours, also unrelated to driving (applies to people with diabetes);
- the occurrence of an epileptic seizure or convulsion.

Data/ Date

Podpis osoby składającej oświadczenie/ Signature of the person making the

Objaśnienie:

¹⁾ Zgodnie z art. 78 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2021 r. poz. 1212, z późn. zm.) 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 2021 r. poz. 1082, z późn. zm.) są obowiązani wypełnić oświadczenie dotyczące stanu zdrowia pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, z późn. zm.). Oświadczenie składa się uprawnionemu lekarzowi./ Explanation: In accordance with Article 78 of the Act of 5 January 2011 on vehicle drivers (Journal of Laws of 2021, item 1212, as amended), a person subject to a medical examination, and in the case of a minor candidate, student and listener, referred to in art. 75 paragraph 1 points 7 and 8 of this Act, the parent within the meaning of art. 4 point 19 of the Act of 14 December 2016 - Education Law (Journal of Laws of 2021, item 1082, as amended) are obliged to complete a declaration regarding their health under penalty of criminal liability under art. 233 of the Act of 6 June 1997 - the Penal Code (Journal of Laws of 2022, item 1138, as amended). The declaration is submitted to an authorized physician