

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 5 grudnia 2022 r. (Dz. U. poz. 2503)

Załącznik nr 1

WZÓR

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA<sup>1)</sup>**

**I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu**

|                        |   |
|------------------------|---|
| Nazwisko:              | Imię:   |
| Adres zamieszkania:    |   |
| Data urodzenia:        | Telefon lub adres e-mail – jeżeli posiada:  |
| Kategoria prawa jazdy: | Numer PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:<br>.....<br>..... |

**II. Instrukcja wypełnienia ankiety**

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania przez wstawienie znaku „X” w odpowiednią rubrykę. W przypadku gdy pytanie jest niezrozumiałe, należy poprosić o pomoc lekarza, aby udzielić odpowiedzi.

**III. Dane dotyczące stanu zdrowia**

| Lp. | Pytanie 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?<br>Jeżeli tak, to jakie?<br>.....<br>..... |     |     |
| 3   | Czy kiedykolwiek wystąpiły lub stwierdzono u Pana/Pani niżej wymienione choroby,   |     |     |

|      |   |  |  |
|------|---|--|--|
|      | dolegliwości, objawy lub został(a) Pan/Pani poinformowany(-na) 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 | utruty 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    | <p>Czy kiedykolwiek miał(a) Pan/Pani operację lub wypadek lub był(a) w szpitalu z jakiegokolwiek powodu?</p> <p>Jeżeli tak, to proszę opisać:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |  |  |
| 5    | Czy używa lub kiedykolwiek używał(a) Pan/Pani aparatu słuchowego?   |  |  |

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
|      | Jeżeli tak, to kiedy?<br>.....<br>.....  |  |  |
| 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? |  |  |
| 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?<br>Jeżeli tak, to jakich?<br>.....<br>.....   |  |  |
| 10   | Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódkę i inne alkohole)?  |  |  |
| 10.1 | nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu   |  |  |
| 10.2 | raz w miesiącu   |  |  |
| 10.3 | dwa do czterech razy w miesiącu  |  |  |
| 10.4 | dwa do trzech razy w tygodniu  |  |  |
| 10.5 | 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?<br>Jeżeli tak, to z jakiego powodu?<br>.....<br>.....   |  |  |
| 13   | Czy posiada Pan/Pani orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność?<br>Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny?<br>.....   |  |  |

|  |       |  |  |
|--|-------|--|--|
|  | ..... |  |  |
|--|-------|--|--|

**IV.** 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:

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

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

Data

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

Podpis osoby składającej oświadczenie

Objaśnienie:

- <sup>1)</sup> 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.