

**ÓŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA<sup>1)</sup>**  
**ЗАЯВА ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я<sup>1)</sup>**

**I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu**

Дані особи, яка підлягає лікарському обстеженню

Nazwisko: Прізвище:	Imię: Ім'я:
Adres zamieszkania: Адреса проживання:	
Data urodzenia: Дата народження:	Telefon lub adres e-mail: Телефон або адреса e-mail:
Kategoria prawa jazdy: Категорія водійських прав:	Nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość..... Номер PESEL, а в разі особи, якій не присвоєно номер PESEL - назва та номер документа, що посвідчує особу.....

**II. Instrukcja wypełnienia ankiety**

**Інструкція щодо заповнення анкети**

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.

Будь ласка, дайте відповіді на наступні запитання, поставивши "X" у відповідному полі. Де питання не зрозуміло, зверніться за допомогою до лікаря.

**III. Dane dotyczące stanu zdrowia**

Дані про стан здоров'я

		TAK ТАК	NIE НІ
1.	Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiegokolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności? Ви користуєтесь медичною допомогою через які-небудь захворювання, травми або інвалідність?		
2.	Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeśli tak - to jakie? Чи приймаєте Ви ліки, що відпускаються за рецептом, без рецепта або харчові добавки? Якщо так - то які?		
3.	Czy kiedykolwiek wystąpiły lub stwierdzono u Pan/Pani niżej wymienione choroby, dolegliwości, objawy lub został/a Pan/Pani poinformowany/a o nich przez lekarza: Чи виникали у Вас коли-небудь або виявлені перелічені нижче захворювання, нездужання, симптоми або Ви були проінформовані лікарем про них:		

3.1.	Wysokie ciśnienie krwi Високий кров'яний тиск		
3.2.	Choroby serca Хвороби серця		
3.3.	Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa Біль у грудях, ішемічна хвороба серця		
3.4.	Zawał serca Серцевий напад		
3.5.	Choroby wymagające operacji serca Хвороби, що вимагають операції на серці		
3.6.	Nieregularne bicie serca Нерегулярне серцебиття		
3.7.	Zaburzenia oddychania Порушення дихання		
3.8.	Zaburzenia funkcji nerek Порушення функції нирок		
3.9.	Cukrzyca Діабет		
3.10.	Urazy głowy, urazy kręgosłupa Травми голови, травми хребта		
3.11.	Drgawki, padaczka Судоми, епілепсія		
3.12.	Omdlenia Непритомність		
3.13.	Udar mózgu / wylew krwi do mózgu Інсульт / крововилив в мозок		
3.14.	Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi Нудота, запаморочення, проблеми з утриманням рівноваги		
3.15.	Utraty pamięci lub trudności z koncentracją Втрата пам'яті або труднощі з концентрацією		
3.16.	Inne zaburzenia neurologiczne Інші неврологічні розлади		
3.17.	Choroby szyi, pleców lub kończyn Захворювання шиї, спини або кінцівок		
3.18.	Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem Подвійний зір, проблеми із зором		
3.19.	Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm) Порушення сприйняття кольору (дальтонізм)		
3.20.	Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie oślepienia przez światła innych pojazdów Погіршення зору після сутінків і часте відчуття засліплення вогнями інших транспортних засобів		
3.21.	Ubytek słuchu, głuchota lub operacja ucha Втрата слуху, глухота або операція на вусі		
3.22.	Choroby psychiczne, depresja lub zaburzenia nerwicowe Психічні захворювання, депресія або невротичні розлади		
4.	Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, proszę opisać ..... У Вас коли-небудь була операція або нещасний випадок, або Ви лежали в лікарні з якоїсь причини? Якщо так, будь ласка, опишіть .....		

5.	<p>Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to proszę podać kiedy?</p> <p>.....</p> <p>Ви користуєтеся чи коли-небудь користувалися слуховим апаратом? Якщо так, то скажіть, будь ласка, коли?</p> <p>.....</p>		
6.	<p>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?</p> <p>Ви коли-небудь були обстежені на предмет порушення snu, або Ваш лікар повідомляв, що у Вас були порушення snu, синдроми нічного апное або нарколепсія?</p>		
7.	<p>Czy ktokolwiek mówił Panu/Pani o zaobserwowanych u Pana/Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu?</p> <p>Хто-небудь розповідав Вам про помічені у Вас епізоди зупинки дихання під час snu?</p>		
8.	<p>Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu?</p> <p>Ви коли-небудь потребували допомоги або підтримки через зловживання алкоголем або засобами, які діють аналогічно алкоголю?</p>		
9.	<p>Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakich?</p> <p>.....</p> <p>Ви вживаєте наркотики або інші психоактивні речовини? Якщо так, то які?</p> <p>.....</p>		
10.	<p>Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole)? Як часто Ви п'єте алкоголь (пиво, вино, горілка та інші спиртні напої)?</p>		
	<p>Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu Ніколи або рідше, ніж раз на місяць</p>		
	<p>Raz w miesiącu Раз на місяць</p>		
	<p>Dwa do czterech razy w miesiącu Два-чотири рази на місяць</p>		
	<p>Dwa do trzech razy w tygodniu Два-три рази на тиждень</p>		
	<p>Cztery i więcej razy w tygodniu Чотири і більше разів на тиждень</p>		
11.	<p>Czy był/a Pan/Pani sprawcą/uczestnikiem wypadku drogowego od dnia zdania egzaminu na prawo jazdy? Ви були винуватцем ДТП після складання іспиту на водійські права?</p>		
12.	<p>Czy pobiera Pan/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy? Jeżeli tak to z jakiego powodu?</p> <p>.....</p> <p>Ви отримуєте виплати у зв'язку з непрацездатністю? Якщо так, то з якої причини?</p> <p>.....</p>		
13.	<p>Czy posiada Pan/pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny</p> <p>.....</p> <p>У Вас є постановова про інвалідність? Якщо так, то яка і з якої причини</p> <p>.....</p>		

**IV.** Оświadczam, 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:

Я заявляю, що мені відомо про необхідність проходження повторної оцінки стану здоров'я для визначення наявності або відсутності протипоказань для керування транспортними засобами в разі

1) wystąpienia u osób chorych na cukrzycę w porze czuwania epizodu ciężkiej hipoglikemii, także niezwiązanego kierowaniem pojazdami;

виникнення у людей з діабетом під час неспання епізоду важкої гіпоглікемії, також не пов'язаного з керуванням транспортними засобами;

2) wystąpienia napadu padaczki lub drgawek

виникнення нападів епілепсії або судом

.....  
Podpis osoby składającej oświadczenie  
Підпис особи, яка подає заяву

.....  
data  
дата

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.

1) Відповідно до ст. 78 Закону від 5 січня 2011 р. Про водіїв транспортних засобів (Вісник 2021 р., ст. 1212 зі змінами), особа, яка підлягає медичному огляду, а щодо неповнолітнього кандидата, студента та слухача, зазначені у ст. 75 сек. 1, пункти 7 і 8 цього Закону, один із батьків у розумінні ст. 4 п. 19 Закону від 14 грудня 2016 р. – Закону про освіту (Закон. вісник 2021 р., поз. 1082 зі змінами) зобов'язані заповнити декларацію про стан здоров'я під страхом кримінальної відповідальності за ст. 233 Закону від 6 червня 1997 р. - Кримінальний кодекс (Вісник законів за 2022 р., позиція 1138, зі змінами). Декларація подається до уповноваженого лікаря.