

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia / Заява про здоров'я

I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu: / дані особи, підлеглої медичне обстеження:

Nazwisko: Прізвище:	Imię: Ім'я:
Adres zamieszkania: Адреса:	
Data urodzenia: Дата народження:	Tel.:
Kategoria prawa jazdy: Водія категорії:	
Nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość Немає соціального забезпечення, в разі хтось не дано число персонального ідентифікаційного - ім'я та номер документ, що засвідчує особу	

II. Instrukcja wypełnienia ankiety / Користувач опитування

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając znak X w odpowiednią rubrykę. Jeżeli pytanie jest niezrozumiałe należy poprosić o pomoc uprawnionego lekarza i uzupełnić odpowiedź.

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu uprawnionemu lekarzowi będzie przechowywane w dokumentacji medycznej.

Bудь ласка дайте відповідь на запитання, поставивши X у полі. Якщо ваше питання не зрозуміло, ви повинні звернутися за допомогою з ліцензованим лікарем і складають відповідь.

Заява про здоров'я є конфіденційною і один раз уповноважених ваш лікар буде зберігатися в медичній документації.

III. Dane dotyczące stanu zdrowia / Дані про стан здоров'я

		TAK ТАК	NIE НІЕ
1.	Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiejkolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności? Чи є у вас охорони здоров'я через будь-якої хвороби, травми або інвалідності?		
2.	Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeżeli tak, to jakie? Чи згодні ви ваших ліки за рецептом, наказано, доступні без рецепту, або харчових добавок? Якщо так, то які вони?		
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: Мати ви коли-небудь відчували знайшов пан/пані таких захворювань, захворювань, симптоми або були, ви сказали про них у лікаря:		
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 / Захворювання, що вимагають серце хірургія		
3.6.	Nieregularne bicie serca / Нерегулярне серцебиття		
3.7.	Zaburzenia oddychania / Розладів дихання		
3.8.	Zaburzenia funkcji nerek / Порушеннями функції нирок		
3.9.	Cukrzyca / Цукровий діабет		
3.10.	Urazy głowy, urazy kręgosłupa / Травми голови, хребетно-спинномозкової травми		
3.11.	Drgawki, padaczka / Судоми, епілепсії		
3.12.	Omdlenia / Непритомність		
3.13.	Udar mózgu/wylew krwi do mózgu / Обведення / інсульту в мозок		
3.14.	Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi / Нудота, запаморочення, проблеми баланс		
3.15.	Utraty pamięci lub trudności z koncentracją / Втрата пам'яті або труднощі концентрації		
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 / Подвійне бачення, проблеми із зором		
3.19.	Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm) / Порушеннями розпізнавання кольорів (колірної сліпоті)		
3.20.	Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie oślepienia przez światła innych pojazdów Труднощі в баченні після сутінки і часті відчуття сліпуче світло інші транспортні засоби		

		TAK ТАК	NIE НЕ
3.21.	Ubytek słuchu lub głuchota / Втрата слуху або глухота		
3.22.	Choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe / Психічні захворювання, депресії або невроз		
4.	Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, to proszę opisać Чи мали ви пане/пані операції або нещасного випадку, чи був Господь/леді в лікарні для будь-якої причини? Якщо так, будь ласка, опишіть		
5.	Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to proszę podać kiedy? Він використовує чи коли-небудь використовувати вас є слух? Якщо так, будь ласка, вкажіть коли?		
6.	Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani badany z powodu zaburzeń snu lub lekarz informował, że ma Pan/Pani zaburzenia snu, zespoły bezdechu nocnego lub narkolepsję? Ви коли-небудь були протестовані через порушення сну або лікар вказав, що у вас є розладом сну, сон вночі або нарколепсії?		
7.	Czy ktokolwiek mówił Panu/Pani o zaobserwowanych u Pana/Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu? Нікому не говорив з Господь/леді з спостерігається в пан/пані епізодів зупинка дихання під час сну?		
8.	Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu? / Якщо ви коли-небудь знадобиться допомога або допомоги через зловживання алкоголем чи діє подібно до алкоголю?		
9.	Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakich? Або ви користується, препарати або інші психоактивних речовин? Якщо це так, що?		
10.	Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole) *) Як часто ви пити алкоголь (пиво, вино, горілку та інші алкогольні) *) Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu / Ніколи не або менше, ніж один раз на місяць Raz w miesiącu / Один раз на місяць Dwa do czterech razy w miesiącu / Два-чотири рази на місяць Dwa do trzech razy w tygodniu / Два-три рази на тиждень Cztery i więcej razy w tygodniu / Чотири або більше разів на тиждень		
11.	Czy był/a Pan/Pani sprawcą/uczestnikiem wypadku drogowego od dnia zdania egzaminu na prawo jazdy? / Чи були ви злочинець / учасник дорожньо-транспортної пригоди з моменту здачі іспиту на водійські права?		
12.	Czy pobiera Pan/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy? Jeżeli tak, to z jakiego powodu? Та отримує пан/пані недієздатність пенсії? Якщо це так, чому?		
13.	Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny? / У вас ваше судження про те, інвалідності? Якщо так, що і чому?		

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.

Я заявляю, що я знаю про необхідність звертатися для повторної оцінки стану здоров'я для того, щоб встановити наявність чи відсутність протипоказань для здоров'я диска:

- 1) у людей з діабетом епізод сну важкі гіпоглікемії поп водіння,
- 2) захоплення або вилучень.

V. Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego – oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Інформацію про кримінальної відповідальності мистецтва. 233 КК-я заявляю, що інформація, надана мною вірні.

Podpis osoby składającej oświadczenie
Підпис особи, що під присягою

Data
Дата

*) zaznaczyć właściwe / Вибрати відповідні