

OKRES PRZECIWWSKAZANIA DO UŻYWANIA PASÓW BEZPIECZEŃSTWA

	Dzień	Miesiąc	Rok		Dzień	Miesiąc	Rok
OD DNIA				DO DNIA			

Rodzaj wydanego zaświadczenia

- BRAK PRZECIWWSKAZAŃ OD UŻYWANIA PASÓW BEZPIECZEŃSTWA
- ODMOWA WYDANIA ZAŚWIADCZENIA

.....
 PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA UPRAWNIONEGO

KARTA BADANIA

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
 o przeciwwskazaniu do używania pasów bezpieczeństwa**

DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY OBJĘTEJ BADANIAMI

Imię i nazwisko			
	Dzień	Miesiąc	Rok
Nr PESEL	Data urodzenia		
Adres zamieszkania			

**WNIOSKUJE O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA O PRZECIWWSKAZANIA DO UŻYWANIA PASÓW BEZPIECZEŃSTWA ZE WZGLĘDU NA PROBLEMY ZDROWOTNE:
 (Należy wskazać co najmniej jeden problem zdrowotny podany poniżej)**

	TAK	NIE	W PRZYPADKU ODPOWIEDZI TAK - OPISAĆ
Problem natury psychicznej (np. strach przed zapięciem pasów)			
Problem gastroenterologiczny (np. colitis ulcerosa)			
Problem dermatologiczny (np. dermatoz)			
Problem natury endokrynologicznej (np. ucisk okolicy gruczołu tarczycy)			
Problem ginekologiczny (np. ucisk okolicy jajników)			
Problem ortopedyczny (np. anomalia rozwojowa układu ruchu)			
Problem urologiczny (np. ucisk okolicy miednicy mniejszej)			
Problem kardiologiczny (np. wszczępienie rozrusznika w okolicy przebiegu pasa)			
Inny			

.....
 PODPIS BADANEGO

		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? Jeżeli 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 koniczyn		
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 lub głuchota		
3.22	Choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe		
4	Czy kiedykolwiek miał/a 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?		

		TAK	NIE
8	Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub smrodków 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		
10	Dwa do trzech razy w tygodniu		
	Cztery i więcej razy w tygodniu		
11	Czy był/a Pan/Pani sprawcą/uczestnikiem wypadku w pracy od dnia rozpoczęcia pracy zawodowej?		
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?		

**POUCZONY/A O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ Z ART. 233 KODEKSU KARNEGO
– OŚWIADCZAM, ŻE PODANE PRZEZE MNIE DANE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.**

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Data