

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia / Заява про стан здоров'я

I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu / Дані особи, яка проходить медичне обстеження

Nazwisko / Прізвище:	Imię / Ім'я:
Adres zamieszkania / Адреса проживання:	
Data urodzenia / Дата народження:	Tel. / Тел:
Kategoria prawa jazdy / Категорія посвідчення водія:	Nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość / Персональний номер, a u wypadku особи, якій не був присвоєний персональний номер - ім'я та номер документа, що посвідчує особу

II. Instrukcja wypełnienia ankiety / Інструкція заповнення анкети

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./ Прошу відповісти на наступні питання вставленням X у відповідне поле. Якщо питання незрозуміло, зверніться за допомогою до компетентного лікаря та заповніть відповідь. Заява про ваше здоров'я є конфіденційною та після передачі кваліфікованому лікарю зберігатиметься у вашій медичній документації.

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

		TAK / ТАК	NIE / НІ
1.	Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiejkolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności? / Чи Ви користуєтесь медичною допомогою з приводу будь-якої хвороби, зазнання травми чи інвалідності??		
2.	Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeżeli tak, to jakie? / Чи Ви приймаєте ліки за рецептом або без рецепту? Якщо так, то які?		
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: / Чи Ви мали коли-небудь будь-які з наступних захворювань, нездужaнь, симптомів або Вас повідомив про них лікар?:		
3.1	Wysokie ciśnienie krwi / Високий кров'яний тиск		
3.2	Choroby serca / Серцеві хвороби		
3.3	Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa / Біль в грудях, ішемічна хвороба серця		
3.4	Zawał serca / Інфаркт міокарда (Серцевий напад)		
3.5	Choroby wymagające operacji serca / Хвороби, що потребують операції на серці		
3.6	Nieregularne bicie serca / Нерегулярне серцебиття		
3.7	Zaburzenia oddychania / Розлади дихання		
3.8	Zaburzenia funkcji nerek / Порушення функції нирок		
3.9	Sukrzyca / Діабет		
3.10	Urazy głowy, urazy kręgosłupa / Травми голови і хребта		
3.11	Drgawki, padaczka / Конвульсії, епілепсія		
3.12	Omdlenia / Обмороки		
3.13	Udar mózgu/wylew krwi do mózgu / Інсульт / крововилив до мозку		
3.14	Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi / Нудота, запаморочення, проблеми з балансом		
3.15	Utraty pamięci lub trudności z koncentracją / Втрата пам'яті або складність із зосередженням		
3.16	Inne zaburzenia neurologiczne / Інші неврологічні розлади		
3.17	Choroby szyi, pleców lub kończyn / Хвороби шиї, спини або кінцівок		
3.18	Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem / Подвійний зір, проблеми з зором		
3.19	Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm) / Порушення кольорового зору (Дальтонізм)		
3.20	Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie osłabienia przez światła innych pojazdów / Труднощі в баченні в сутінках і часте відчуття засліплення світлом інших транспортних засобів		
3.21	Ubytek słuchu lub głuchota / Вада органів слуху або глухота		
3.22	Choroby psychiczne, depresję lub zaburzenia nerwicowe / Психічні захворювання,		

	<i>депресія або неврологічні розлади</i>		
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 коли-небудь Ви мали операцію або нещасний випадок, або були в лікарні з якоїсь причини? Якщо так, додати опис.		
5.	Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to proszę podać kiedy? / Чи Ви користуєтесь чи коли-небудь користувалися слуховим апаратом? Якщо так, екажіть, будь ласка, коли?		
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? / Чи коли-небудь Ви проходили тест на розлади snu або лікар повідомив, що у вас є розлади snu, синдром апное під час snu або нарколепсія?		
7.	Czy ktokolwiek mówił Panu/Pani o zaobserwowanych u Pana/Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu? / Чи хто-небудь сказав що у Вас має місце припинення дихання під час snu?		
8.	Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu? / Чи коли-небудь Вам була потрібна допомога чи підтримка з приводу зловживання алкоголем або подібнo діючими речовинами?		
9.	Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakie? / Чи ви використовуєте наркотики чи інші психоактивні речовини? Якщо так, то які?		
10.	Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole) *)/ Як часто ви п'єте алкоголь (пиво, вино, горілка та інші напої*)		
	Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu / Ніколи або рідше одного разу на місяць		
	Raz w miesiącu / Raz 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 і більше разів на тиждень		
11.	Czy był/a Pan/Pani sprawcą/uczestnikiem wypadku drogowego od dnia zdania egzaminu na prawo jazdy? / Чи Ви були винним / учасником ДТП від дня здачі іспиту на посвідчення водія ?		
12.	Czy pobiera Pan/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy? Jeżeli tak, to z jakiego powodu? / Чи ви отримуєте пенсію за інвалідністю? Якщо так, то з якої причини?		
13.	Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny? / Чи ви маєте рішення про присвоєння інвалідності? Якщо так, з якої причини?		

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: / Заявляю, що я усвідомлюю необхідність звітувати про переоцінку здоров'я з метою ствердження існування або відсутності протипоказань до керування транспортними засобами у випадку:

- 1) wystąpienia u osób chorych na cukrzycę w porze czuwania epizodu ciężkiej hipoglikemii, także niezwiązanego z kierowaniem pojazdami / виникнення у хворих на цукровий діабет під час неспання епізоду важкої гіпоглікемії, також не пов'язаного з керуванням транспортними засобами,
- 2) wystąpienia napadu padaczkowego lub drgawek / виникнення епілептичних нападів або конвульсій.

V. Pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego - oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą / Мене повідомлено про кримінальну відповідальність за ст. 233 Кримінального кодексу - заявляю, що подані мною дані є вірними.

Podpis osoby składającej oświadczenie / Підпис
особи, яка складає заяву

Data / Дата

*) zaznaczyć właściwe / позначити потрібне