

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA
 Декларация о состоянии здоровья*)

I. Dane osoby podlegającej badaniu lekarskiemu

Данные лица, проходящего медицинское обследование

Nazwisko: Фамилия	Imię: Имя:
Adres zamieszkania: Адрес:	
Data urodzenia: Дата рождения:	Telefon lub adres e-mail: Телефонный номер или электронная почта:
Kategoria prawa jazdy: Категория водительских прав:	Nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość..... Номер PESEL (идентификационный код) или наименование и номер документа, удостоверяющего личность.....

II. Instrukcja wypełnienia ankiety

Инструкция по заполнению анкеты

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

Пожалуйста ответьте на следующие вопросы, вставив X в соответствующее поле. Если вопрос непонятен, пожалуйста попросите своего врача о помощи и допишите ответ

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

Декларация о состоянии здоровья является конфиденциальной и после передачи уполномоченному врачу будет храниться в медицинской документации.

III. Dane dotyczące stanu zdrowia

Данные о состоянии здоровья

		TAK Да	NIE Нет
1.	Czy korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej z powodu jakiejkolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności? Получаете ли вы медицинскую помощь по какой-либо причине - болезни травмы или инвалидность?		
2.	Czy przyjmuje Pan/Pani leki przepisane na receptę, dostępne bez recepty lub suplementy diety? Jeśli tak - to jakie? Принимаете ли вы какие-либо отпускаемые по рецепту лекарства доступные без рецепта или пищевые добавки? Если да, то какие?		

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: Вы когда-нибудь испытывали или были найдены у вас ниже перечисленные заболевания жалобы симптомы, или сообщил вам об этом врач:		
3.1.	Wysokie ciśnienie krwi Высокое кровяное давление		
3.2.	Choroby serca Сердечные заболевания		
3.3.	Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa Боль в груди, ишемическая болезнь сердца (коронарная недостаточность)		
3.4.	Zawał serca Инфаркт миокарда		
3.5.	Choroby wymagające operacji serca Болезни требующие хирургической операции на сердце		
3.6.	Nieregularne bicie serca Аритмия сердца		
3.7.	Zaburzenia oddychania Дыхательные расстройства		
3.8.	Zaburzenia funkcji nerek Дисфункция почек		
3.9.	Cukrzyca Сахарный диабет		
3.10.	Urazy głowy, urazy kręgosłupa Травмы головы, травмы позвоночника		
3.11.	Drgawki, padaczka Судороги, Эпилепсия		
3.12.	Omdlenia Обморок		
3.13.	Udar mózgu / wylew krwi do mózgu Инсульт/кровоизлияние в мозг		
3.14.	Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi Тошнота, головокружение, проблемы с равновесием		
3.15.	Utraty pamięci lub trudności z koncentracją Потери памяти или трудности с концентрацией		
3.16.	Inne zaburzenia neurologiczne Другие неврологические расстройства		
3.17.	Choroby szyi, pleców lub kończyn Заболевания шеи, спины или конечностей		
3.18.	Podwójne widzenie, kłopoty ze wzrokiem Двоение в глазах, проблемы со зрением		
3.19.	Zaburzenia rozpoznawania barw (daltonizm) Нарушение восприятия цветов и их оттенков (дальтонизм)		
3.20.	Trudności w widzeniu po zmierzchu i częste uczucie oślepienia przez światła innych pojazdów Трудности со зрением после заката и частое ощущение слепоты из за фар других транспортных средств		
3.21.	Ubytek słuchu, głuchota lub operacja ucha Потеря слуха, глухота или операция на ухе		
3.22.	Choroby psychiczne, depresja lub zaburzenia nerwicowe Психические заболевания, депрессия или невротические расстройства		

4.	<p>Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani operację lub wypadek, lub był/a Pan/Pani w szpitalu z jakiegokolwiek powodu? Jeżeli tak, proszę opisać</p> <p>У Вас когданибудь была операция или ДТП? Вы находились в больнице по какой-либо причине? Если да, то опишите</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
5.	<p>Czy używa lub kiedykolwiek używał/a Pan/Pani aparatu słuchowego? Jeżeli tak, to proszę podać kiedy?</p> <p>.....</p> <p>Вы пользуетесь или когда-либо пользовались слуховым аппаратом? Если да, то укажите, когда?</p> <p>.....</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>Вы когда-нибудь проверялись на нарушения сна или врач сообщил Вам, что у вас нарушения сна, синдром ночного апноэ или нарколепсия?</p>		
7.	<p>Czy ktokolwiek mówił Panu/Pani o zaobserwowanych u Pana/Pani epizodach zatrzymania oddechu w czasie snu?</p> <p>Кто-нибудь рассказывал Вам о эпизодах остановки дыхания во сне, которые наблюдались у Вас?</p>		
8.	<p>Czy kiedykolwiek potrzebował/a Pan/Pani pomocy lub wsparcia z powodu nadużycia alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu?</p> <p>Вам когда-нибудь требовалась помощь или поддержка вследствие злоупотребления алкоголем или веществами аналогичными к алкоголю?</p>		
9.	<p>Czy używa Pan/Pani narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak, to jakich?</p> <p>.....</p> <p>Употребляете ли вы наркотики или другие вещества психоактивные? Если да, то какие?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
10.	<p>Jak często pije Pan/Pani alkohol (piwo, wino, wódka i inne alkohole)?</p> <p>Как часто Вы употребляете алкоголь (пиво, вино, водку или другие спиртные напитки)?</p>		
	<p>Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu</p> <p>Никогда или реже одного раза в месяц</p>		
	<p>Raz w miesiącu</p> <p>Раз в месяц</p>		
	<p>Dwa do czterech razy w miesiącu</p> <p>Два-четыре раза в месяц</p>		
	<p>Dwa do trzech razy w tygodniu</p> <p>Два-три раза в неделю</p>		
	<p>Cztery i więcej razy w tygodniu</p> <p>Четыре и более раз в неделю</p>		
11.	<p>Czy był/a Pan/Pani sprawcą/uczestnikiem wypadku drogowego od dnia zdania egzaminu na prawo jazdy?</p> <p>Вы были виновником/участником ДТП со дня сдачи экзамена по вождению?</p>		
12.	<p>Czy pobiera Pan/Pani rentę z tytułu niezdolności do pracy? Jeżeli tak to z jakiego powodu?</p> <p>.....</p> <p>Вы получаете пенсию по инвалидности? Если да, то по какой причине</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

13.	Czy posiada Pan/pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność? Jeżeli tak, to jakie i z jakiej przyczyny У вас есть справка, подтверждающая инвалидность? Если да, то по какой причине		
-----	---	--	--

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, что осознаю необходимость проведения повторной оценки состояния своего здоровья для определения наличия или отсутствия противопоказаний по состоянию здоровья к управлению транспортным средством в случае:

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

эпизода тяжелой гипогликемии у лиц с сахарным диабетом в часы бодрствования, в том числе не связанной с вождением,

2) wystąpienia napadu padaczki lub drgawek

возникновение припадка эпилепсии или судорог

.....
 Podpis osoby składającej oświadczenie

Подпись лица, подающего декларацию:

.....
 data

Дата:

*) Zgodnie z art. 78 ustawy z dnia 5 stycznia 2018 r. o kierujących pojazdami osoba podlegająca badaniu lekarskiemu, a w przypadku niepełnoletniego kandydata, ucznia i słuchacza, o których mowa w art. 7 5 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 2020 r. poz. 910, z późn. zm.) są obowiązani wypełnić oświadczenie dotyczące stanu zdrowia pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, z późn. zm.). Oświadczenie składa się uprawnionemu lekarzowi.

*) Согласно ст. 78 закона от 5 января 2011 года о водителях транспортных средств, лицах, подлежащих медицинскому осмотру, и в случае несовершеннолетнего кандидата, студента и слушателя, упомянутого в ст. 75 сек. 1 пунктов 7 и 8 настоящего Закона – родители относительно к ст. 4 пункта 19 закона от 14 декабря 2016 г. «Об образовании» (Вестник законов 2020 г., ст. 910 с поправками) обязаны заполнить декларацию о состоянии здоровья под страхом уголовной ответственности по ст. 233 уголовного кодекса (Вестник законов от 2020 г., ст. 1444, с изменениями). Декларацию подается уполномоченному врачу.