

IZJAVA o zdravstvenom stanju kandidata za vozača i vozača

Ime, prezime: _____ Ime oca/majke: _____

Datum rođenja (dan/mjesec/godina)/OIB: _____

Mjesto prebivališta/boravišta _____

Datum pregleda: _____

Imate li ili ste imali sljedeće zdravstvene probleme:

PSIHIČKE POREMEĆAJE	DA	NE
– Jeste li uzimali terapiju?	DA	NE
– Uzimate li trenutno terapiju?	DA	NE
EPILEPSIJU	DA	NE
– Jeste li uzimali terapiju?	DA	NE
– Uzimate li trenutno terapiju?	DA	NE
– Jeste li unatrag godine dana imali epileptični napad?	DA	NE
NEUROLOŠKE POREMEĆAJE (miastenija, multipla skleroza, moždani udar i dr.)	DA	NE
– Jeste li uzimali terapiju?	DA	NE
– Uzimate li trenutno terapiju?	DA	NE
POREMEĆAJE SVIJESTI (nesvjestica, vrtoglavica)	DA	NE
– Jeste li uzimali terapiju?	DA	NE
– Uzimate li trenutno terapiju?	DA	NE
VISOKI KRVNI TLAK	DA	NE
– Jeste li uzimali terapiju?	DA	NE
– Uzimate li trenutno terapiju?	DA	NE
ŠEĆERNU BOLEST	DA	NE
– Jeste li uzimali terapiju?	DA	NE
– Uzimate li trenutno terapiju?	DA	NE
– Jeste li unatrag 12 mjeseci imali epizodu teške hipoglikemije (bila Vam je potrebna pomoć druge osobe)?	DA	NE
– Prepoznajete li simptome hipoglikemije i znate li što treba učiniti kako bi smanjili rizik od hipoglikemije, odnosno što učiniti u slučaju pojave hipoglikemije?	DA	NE
PROBLEME S VIDOM	DA	NE
– Nosite li korektivno pomagalo (leće, naočale)?	DA	NE
Jeste li:		
– bili smješteni u bolnicu zbog prekomjerne upotrebe alkohola?	DA	NE
– u postupku liječenja ovisnosti o alkoholu?	DA	NE
– bili smješteni u bolnicu zbog uzimanja droga i psihoaktivnih tvari?	DA	NE
– u postupku liječenja ovisnosti o drogama i psihoaktivnim tvarima?	DA	NE
OSTALO		
– Jeste li ikada unatrag pet godina zadrijemali za volanom?	DA	NE
– Jeste li ikada sudjelovali u prometnoj nesreći ili zamalo izazvali prometnu nesreću jer ste zaspali za volanom (npr. za dlaku ste prošli nesreću, udarili u rubnik, prošli kroz crveno svjetlo itd.)?	DA	NE
– Uzimate li lijekove kao što su tablete za spavanje, sredstva za smirenje ili antidepresivi?	DA	NE
– Koristite li droge i psihoaktivne tvari?	DA	NE
– Pijete li alkohol?	DA	NE
Ako je odgovor DA, koliko dnevno? _____		
– Jeste li u zadnjih pet godina kažnjavani za vožnju pod utjecajem alkohola, droga ili psihoaktivnih tvari?	DA	NE

Izjavljujem da dopuštam uvid u svoju medicinsku dokumentaciju kod izabranog liječnika. Izjavljujem da ću se u slučaju ozljede ili bolesti koja bi umanjila moju sposobnost za upravljanje motornim vozilom konzultirati s liječnikom i ako je potrebno podvrgnuti se liječničkom pregledu radi ponovne ocjene zdravstvene sposobnosti za upravljanje motornim vozilom.

Izjavljujem da su svi podaci koje sam dao istiniti, točni i potpuni te da preuzimam svu materijalnu i kaznenu odgovornost za svoju izjavu.

Potpis kandidata za vozača ili vozača:
