

## KARTA BADANIA LEKARSKIEGO OSOBY UBIEGAJACEJ SIĘ O UPRAWNIENIA DO KIEROWANIA POJAZDAMI I KIEROWCÓW

Data badania		
dzień	miesiąc	rok

### I. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY BADANEJ

Imię i nazwisko		Data urodzenia	dzień	miesiąc	rok
		Płeć <sup>2)</sup>			M
Nr PESEL <sup>1)</sup>		Rok uzyskania prawa jazdy			
Miejsce zamieszkania		kod pocztowy			
				-	

2. PODLEGA BADANIU LEKARSKIEMU Z TYTUŁU <sup>2)</sup>	Kategoria prawa jazdy lub pozwolenie do kierowania tramwajami
Ubiega się o prawo jazdy lub pozwolenie do kierowania tramwajem	
Ubiega się o przywrócenie uprawnienia do kierowania pojazdem, cofniętego ze względu na stan zdrowia	
Skierowany przez organ kontroli ruchu drogowego z powodu: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) uczestniczenia w wypadku drogowym, w następstwie którego jest śmierć innej osoby lub ciężki uszczerbek na jej zdrowiu,</li> <li>b) kierowania pojazdem w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środka działającego podobnie do alkoholu</li> </ul>	
Skierowany decyzją starosty: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) w związku z zastrzeżeniami co do stanu zdrowia,</li> <li>b) osoba niepełnosprawna posiadająca prawo jazdy</li> </ul>	
Kandydat na instruktora lub egzaminatora osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami	
Ponowne badanie lekarskie w związku z ograniczeniem zawartym w prawie jazdy, wynikającym ze stanu zdrowia kierowcy	
Badanie kontrolne: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) kierowcy pojazdu uprzywilejowanego,</li> <li>b) instruktora lub egzaminatora,</li> <li>c) kierującego tramwajem</li> </ul>	

### 3. BADANIE OGÓLNE STANU ZDROWIA

#### A. Badanie podmiotowe (wywiad lekarski)

		TAK	NIE	Jeżeli TAK, to wpisać opis
1	Dolegliwości zgłaszane spontanicznie			
2	Urazy czaszki			
3	Urazy kkg, kkd, kręgosłupa			
4	Incydenty nagłej utraty przytomności			
5	Choroby układu nerwowego (w tym padaczka)			
6	Choroby psychiczne			
7	Choroby narządu ruchu			
8	Choroby układu krążenia			
9	Cukrzyca			
10	Choroby układu oddechowego, w tym zburzenia oddychania podczas snu			
11	Choroby układu pokarmowego			
12	Choroby endokrynologiczne			
13	Choroby układu moczowego			
14	Przebyte hospitalizacje, w tym: Zabiegi operacyjne			
15	Przyjmowane obecnie leki: a) obecnie b) w ciągu ostatnich kilku lat			
Inne problemy zdrowotne:				
16	Nałogi i uzależnienia			
	1) palenie papierosów			
	2) spożywanie alkoholu (częstość, ilość, rodzaj alkoholu, od jak dawna, czy się upija)			
	3) przyjmowanie środków odurzających lub substancji psychotropowych			
17	Leczenie w poradni specjalistycznej			- w jakiej? Od kiedy?
18	Czy jest rencistą?			- z jakiego powodu ?
19	Czy był sprawcą wypadku drogowego ?			- ile razy? – kiedy?

Data .....

.....  
(podpis osoby badanej)

**B. Badanie przedmiotowe<sup>3)</sup>**

Narząd (układ)	Brak zmian patologicznych	Opis stwierdzonej patologii
<b>Budowa ciała - Głowa:</b> blizny skórne i ubytki kostne czaszki ruchomość gałek ocznych, kształt i reakcje źrenic asymetria twarzy, zbaczanie języka Tarczycza		
<b>Układ oddechowy:</b> - odgłos opukowy - szmer oddechowy - liczba oddechów ...../min		
<b>Układ krążenia:</b> - miarowość - tony serca: szmery - tętno na tętnicach obwodowych - tętno...../min - RR...../..... mm Hg		
<b>Brzuch:</b> - bolesność; opory patologiczne - przepukliny - wątroba, nerki		
<b>Narząd ruchu:</b> Badanie sprawności kończyn górnych - siła mięśniowa, chwytność rąk - ograniczenie ruchomości stawów: Palców i nadgarstków Łokciowych, barkowych Badanie sprawności kończyn dolnych - ograniczenie ruchomości stawów: Stopy i skokowego Kolanowego i biodrowego Ruchomość kręgosłupa: - odcinka szyjnego - odcinka lędźwiowego Badanie chodu Anomalie wrodzone i pourazowe		
<b>Układ nerwowy:</b> Objawy mózdkowe - koordynacja ruchowa niedowład, porażenia kkg niedowład, porażenia kkd zaniki mięśniowe objaw Babińskiego		
<b>Stan psychiczny</b>		

**C. Skierowania na badania pomocnicze i konsultacje specjalistyczne:**

.....

Data .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza uprawnionego)

#### 4. BADANIE NARZĄDU WZROKU

Imię i nazwisko badanego .....nr PESEL, a w przypadku osoby której nie nadano nr PESEL – nazwa i nr dokumentu tożsamości .....

Miejsce zamieszkania .....

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego – tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza okulistę)

#### Wywiad chorobowy

	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać szczegółowe dane
Przebyte choroby, urazy i operacje			
Korekcja okularowa			od ilu lat ?
Soczewki kontaktowe			od ilu lat ?

#### Badanie przedmiotowe

	Oko prawe	Oko lewe	Opis patologii
Ostrość wzroku bez korekcji			
Ostrość wzroku z korekcją (podać korekcję i uzyskaną ostrość)			
Obuoczna ostrość wzroku po korekcji			
Pole widzenia			
Rozpoznawanie barw			
Widzenie obuoczne			
Widzenie zmierzchowe			
Wrażliwość na olśnienie			

**Rozpoznanie:** .....

**Wnioski:** .....

Data .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza okulisty  
lub lekarza uprawnionego)

## 5. BADANIE NARZĄDU RÓWNOWAGI

Imię i nazwisko badanego .....nr PESEL, a w przypadku osoby której nie nadano nr PESEL – nazwa i nr dokumentu tożsamości .....

Miejsce zamieszkania .....

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego – tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza laryngologa)

### Wywiad chorobowy

Przebyte choroby	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
zawroty głowy zaburzenia równowagi przebyte zapalenie błędnika choroba Menier'a			
przebyte urazy głowy: z utratą przytomności bez utraty przytomności złamania kości czaszki			
choroby narządu słuchu: zapalenie uszu przebyte operacje uszu			jakie ? kiedy ?
upośledzenie słuchu: ubytek słuchu jednostronny ubytek słuchu obustronny posługiwanie się aparatem słuchowym			

### Badanie otolaryngologiczne

Otoskopia	ucho prawe	ucho lewe
błona bębenkowa prawidłowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucha perforacja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perforacja z wyciekami ropnym lub z ziarniną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stan po operacji (zwłaszcza radykalnej) ucha środkowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Badanie akumetryczne słuchu

		mowa potoczna		szept	
		Ucho prawe	Ucho lewe	Ucho prawe	Ucho lewe
<b>Odległość</b>	<b>6 m</b>				
	<b>3 m</b>				
	<b>2 m</b>				
	<b>&lt;2 m</b>				

### Badanie narządu równowagi

Oczopląs samoistny	Próby statyczne:	Prawidłowa	Nieprawidłowa
obecny <input type="checkbox"/>	Romberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nieobecny <input type="checkbox"/>	Romberg „uczulony”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	próba Flecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Badania dodatkowe

Audiometria tonalna
Elektronystagmografia

**Rozpoznanie:** .....

**Wnioski:** .....

.....

Data .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza laryngologa  
lub lekarza uprawnionego)

## 6. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Należy dołączyć wyniki wszystkich przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych według schematu:

Badanie: .....	Badanie: .....
Rozpoznanie: .....	Rozpoznanie: .....
Opinia: .....	Opinia: .....
Data: ..... (podpis i pieczęć lekarza)	Data: ..... (podpis i pieczęć lekarza)
Badanie: .....	Badanie: .....
Rozpoznanie: .....	Rozpoznanie: .....
Opinia: .....	Opinia: .....
Data: ..... (podpis i pieczęć lekarza)	Data: ..... (podpis i pieczęć lekarza)

## 7. BADANIA POMOCNICZE

Należy dołączyć wyniki badań pomocniczych

### ROZPOZNANIE KOŃCOWE

.....  
.....  
.....

Data .....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza uprawnionego)

<sup>1)</sup> A w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL –nazwa i numer dowodu tożsamości

<sup>2)</sup> Odpowiednie podkreślić

<sup>3)</sup> W przypadku prawidłowego wyniku badania postawić znak X w rubryce „Brak zmian patologicznych”, a w przypadku patologii – podać szczegółowy opis