

.....  
 Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej albo lekarza  
 uprawnionego wykonującego indywidualną praktykę  
 lekarską lub indywidualną specjalistyczną  
 praktykę lekarską albo pieczęć grupowej  
 praktyki lekarskiej albo pieczęć podmiotu  
 odwoławczego wymienionego w § 12 ust. 3  
 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia  
 7 stycznia 2004 r. w sprawie badań lekarskich  
 kierowców i osób ubiegających się o  
 uprawnienia do kierowania pojazdami  
 (Dz. U. Nr 2, poz. 15).

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

Data badania		
dzień	miesiąc	rok

### 1. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY BADANEJ

Imię i nazwisko	Data urodzenia	dzień	miesiąc	rok
	Płeć <sup>2)</sup>	M	K	
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: a) uczestniczenia w wypadku drogowym, w następstwie którego jest śmierć innej osoby lub ciężki uszczerbek na jej zdrowiu, b) kierowania pojazdem w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środka działającego podobnie do alkoholu	
Skierowany decyzją starosty: a) w związku z zastrzeżeniami co do stanu zdrowia, b) osoba niepełnosprawna posiadająca prawo jazdy	
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 a) kierowcy pojazdu uprzywilejowanego, b) instruktora lub egzaminatora, c) kierującego tramwajem	

### 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 świadomości			
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: zaburzenia oddychania podczas snu			
11	Choroby układu pokarmowego			
12	Choroby endokrynologiczne			
13	Choroby układu moczowego			
14	Przebyte hospitalizacje, w tym: zabiegi operacyjne			
15	Przyjmowane leki: a) obecnie b) w ciągu ostatnich kilku lat			
Inne problemy zdrowotne:				
16	Nałogi i uzależnienia			
	a) palenie papierosów			
	b) spożywanie alkoholu (częstość, ilość, rodzaj alkoholu, od jak dawna, czy się upija)			
	c) 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</b> Głowa: 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 (w spoczynku) ..... mmHg		
<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 lub 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 pieczęta  
 lekarza uprawnionego)

## 4. BADANIE NARZĄDU WZROKU

Imię i nazwisko badanego .....nr PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL – nazwa i numer 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 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 <sup>3)</sup>			
Wrażliwość na olśnienie <sup>3)</sup>			

Rozpoznanie: .....

Wnioski: .....

.....  
(data)

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



## 6. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Należy dołączyć wyniki wszystkich przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych według schematu:

Badanie ..... Rozpoznanie ..... Opinia ..... Data .....  Podpis i pieczętka lekarza	Badanie ..... Rozpoznanie ..... Opinia ..... Data .....  Podpis i pieczętka lekarza
Badanie ..... Rozpoznanie ..... Opinia ..... Data .....  Podpis i pieczętka lekarza	Badanie ..... Rozpoznanie ..... Opinia ..... Data .....  Podpis i pieczętka lekarza

## 7. BADANIA POMOCNICZE

Należy dołączyć wyniki badań pomocniczych

### ROZPOZNIANIE KOŃCOWE:

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

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka  
lekarza uprawnionego)