VAIRUOTOJO GARBĖS DEKLARACIJA

**(SVEIKATOS PATIKRINIMO KLAUSIMYNAS)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sudarymo vieta)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Eil.Nr. | Klausimai, į kuriuos prašome atsakyti (tinkamą atsakymą “taip” arba “ne” lentelėje pažymėti √) lankantis pas gydytoją dėl vairuotojo pažymėjimo įsigijimo arba jo galiojimo pratęsimo (priežastį pabraukti) | Taip | Ne |
| A. | Ar sergate kokia nors liga arba gal turite kokią negalią ar kitų medicininių nusiskundimų, galinčių paveikti Jūsų gebėjimą vairuoti motorinę transporto priemonę? |  |  |
| 1. | Ar turite regėjimo sutrikimų, tokių kaip:  1.1 pablogėjęs matymas |  |  |
|  | 1.2. nevalingi akių judesiai (nistagmas) |  |  |
|  | 1.3. regėjimo lauko defektai (pvz., ribotas matymas į šonus) |  |  |
|  | 1.4. dvigubinimasis (dvejinimasis) |  |  |
|  | 1.5. akivaizdus matymo pablogėjimas prieblandoje ar tamsoje (vištakumas) ( Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti) |  |  |
|  | 1.6. pablogėjęs akių judrumas |  |  |
|  | 1.7. jautrumas akinimui |  |  |
|  | 1.8. pablogėjęs atstumo įvertinimas |  |  |
|  | 1.9. kiti sutrikimai (akių skausmas, staigus matymo sutrikimas, buvo / yra nustatytas padidėjęs akispūdis ar kt.)  (Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti arba įrašyti): |  |  |
| 2. | Ar Jums svaigo / svaigsta galva?  (Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti) |  |  |
| 3. | Ar skundžiatės pablogėjusia klausa, ar sirgote ausų ligomis? |  |  |
| 4. | Ar yra galūnių funkcijos sutrikimų arba gal sergate kokia nors su tuo susijusia liga?  (Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti) |  |  |
| 5. | Ar sirgote / sergate širdies ir / ar širdies kraujagyslių ligomis: |  |  |
|  | 5.1. insultas (paralyžius) |  |  |
|  | 5.2. širdies ritmo sutrikimai |  |  |
|  | 5.3. širdies infarktas ar krūtinės angina (stenokardija) |  |  |
|  | 5.4. širdies įgimta ar įgyta liga |  |  |
|  | 5.5. kita širdies ar širdies ir kraujagyslių liga (reumatas ar kt.) |  |  |
| 6. | Ar sergate cukriniu diabetu? |  |  |
| 7. | Ar turėjote galvos smegenų traumą? |  |  |
| 8. | Ar sirgote / sergate epilepsija? (Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti) |  |  |
| 9. | Ar Jums būna / kada nors buvo ištikę ženklūs pusiausvyros sutrikimai? (Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti) |  |  |
| 10. | Ar alpote / alpstate arba turėjote / turite kitų sąmonės sutrikimų? (Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti) |  |  |
| 11. | Ar skundžiatės / skundėtės anksčiau šlapinimosi sutrikimais, inkstų veiklos pablogėjimu? (Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti) |  |  |
| 12. | Ar skundžiatės dėmesio, pastabumo, mąstymo arba atminties sutrikimais? (Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti) |  |  |
| 13. | Ar skundžiatės miego sutrikimais:  12.1. Ar būnate pavargęs ar mieguistas dieną?  (Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti) |  |  |
|  | 12.2. Ar Jus ištinka nevalingi miego priepuoliai? |  |  |
| 14. | Ar piktnaudžiaujate / piktnaudžiavote 5 metų laikotarpiu alkoholiu, rūkalais, narkotikais arba vaistais?  (Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti) |  |  |
| 15. | Ar turite / turėjote 5 metų laikotarpiu kokių nors psichikos sutrikimų arba gal sirgote kokia nors psichikos liga, ar dėl to buvote gydomas (-a) psichiatro?  (Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti) |  |  |
| B. | Klausimai apie gydymą, vaistų vartojimą ir kt. |  |  |
| 16. | Ar buvote gydomas (-a) ligoninėje arba kreipėtės į gydytoją dėl anksčiau minėtų priežasčių (A 1-15)?  Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti, nurodyti, kada ir įstaigos, kurioje gydėtės, pavadinimą, adresą. |  |  |
| 17. | Ar šiuo metu vartojate gydytojo paskirtus vaistus ( raminamuosius, migdomuosius, nuskausminamuosius ar kitus)?  Jei “taip”, tinkamą atsakymą pabraukti, nurodyti, kokius vaistus: |  |  |
| 18. | Gal Jums dėl kurios nors anksčiau minėtos ligos (A 1-13) paskirti kokie nors vaistai, kurie turi būti reguliariai vartojami ilgą laiką?  Jei atsakymas “taip”, nurodyti, kokie vaistai: |  |  |
| 19. | Ar anksčiau buvo tikrinta Jūsų sveikata, norint gauti vairuotojo pažymėjimą?  Jei atsakymas “taip”, nurodyti kada: |  |  |
| 20. | Ar turite darbingumo apribojimų dėl ligos ar sveikatos problemos? |  |  |
| 21 | Ar manote, kad dabar esate visiškai sveikas (-a)?  Jei atsakymas “ne”, įrašyti priežastis: |  |  |

Užtikrinu, kad visa mano pateikta informacija yra visiškai teisinga, ir suprantu, kad, pablogėjus sveikatos būklei, turiu nedelsdamas (-a) kreiptis į gydytoją.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(parašas) ( vardas, pavardė)