

## IZJAVA

## o zdravstvenem stanju kandidata za voznika in voznika

Ime in priimek:

Rojen(a):

Stanujoč(a):

Datum:

V primeru poškodbe ali bolezni, ki bi zmanjšala mojo zmožnost za vožnjo, se bom posvetoval(a) z osebnim izbranim zdravnikom in se sam(a), brez poziva, javil(a) na zdravstveni pregled, da se ponovno oceni moja zmožnost voziti motorno vozilo.

Če bo z zdravstvenim pregledom ugotovljeno, da je moja refrakcijska motnja več kot +/- 2.0 sferični ekvivalent (+/- 2 dipotriji), se bom brez poziva javil(a) na zdravstveni pregled k izvajalcu zdravstvene dejavnosti medicine dela, prometa in športa.

Če sem voznik(voznica) druge skupine in je pri meni prišlo do hude hipoglikemije (hipoglikemije, pri kateri sem potreboval(a) pomoč druge osebe) v času budnosti, četudi se ni pojavila med vožnjo, bom ponovno, brez poziva, opravil(a) oceno zmožnosti za vožnjo pri pooblaščenem specialistu medicine dela, prometa in športa v enem mesecu po tem dogodku.

Podpisani(a) izjavljam, da dovoljujem vpogled v mojo zdravstveno dokumentacijo pri izbranem osebnem zdravniku.

**Podpisani(a) izjavljam, da nimam:**

duševne motnje	DA	NE
motnje zavesti (omedlevica, omotica, epilepsija)	DA	NE
druge nevrološke motnje (nehoteni zgibki mišic, vrtoglavica, ...)	DA	NE
bolezni srca ali visok krvni tlak	DA	NE
sladkorne bolezni	DA	NE
težav z vidom (slabovidnost, dvojni vid, nočna slepota)	DA	NE

drugo:

**Podpisani izjavljam, da:**

ne jemljem zdravil kot so uspavala, pomirjevala, zdravila proti depresiji	DA	NE
ne uživam prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi	DA	NE
prekomerno ne uživam alkoholnih pijač	DA	NE

**Podpisani izjavljam, da nisem v procesu zdravljenja zaradi:**

odvisnosti od alkohola	DA	NE
odvisnosti od prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi	DA	NE

Podpis kandidata za voznika oziroma voznika: