

# VPRAŠALNIK ZA VOZNIKE MOTORNIH VOZIL

Datum: \_\_\_\_\_

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Telefonska številka: \_\_\_\_\_

- Kandidat za voziško dovoljenje \_\_\_\_\_ kategorije
- Pregled za podaljšanje voziškega dovoljenja po 80 letu za kategorije: \_\_\_\_\_
- Pregled za podaljšanje voziškega dovoljenja kategorije \_\_\_\_\_ zaradi zdravstvenih razlogov; navedite vzrok: \_\_\_\_\_

## OSEBNA ANAMNEZA

Ali redno jemljete kakšna zdravila?	da	ne
Ali ste se kdaj zdravili v bolnišnici?	da	ne
Ali ste bili kdaj operirani?	da	ne
Ali ste že bili poškodovani?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate težave z dihali?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate težave s prebavili?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate težave s srcem?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate težave s kožo?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate težave z očmi?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate težave s sluhom?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate težave s koncentracijo in spominom?	da	ne
Ali ste kdaj imeli raka?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate boleče in otekle sklepe, bolečine v hrbtenici?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate izgube zavesti?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate epileptične napade?	da	ne
Ali ste kdaj imeli/imate pogoste glavobole?	da	ne
Ali ste pogosto razdražljivi, nervozni?	da	ne
Ali se kdaj počutite vrtoglavi, opiti ali prekomerno zaspani?	da	ne
Ali se kdaj tresete?	da	ne
Ali ste kdaj imeli težave s ščitnico?	da	ne
Ali uživaste droge?	da	ne
Ali kadite?	da	ne
Ali uživaste alkoholne pijače?	da	ne
Ali imate težave, ki zgoraj niso opisane?		

## VOZNIŠKA ANAMNEZA

Imam voziško dovoljenje za naslednje kategorije: \_\_\_\_\_

Koliko kilometrov prevozite v enem letu? \_\_\_\_\_

Katere relacije opravljate? \_\_\_\_\_

Ali ste kdaj imeli prometno nesrečo? da/ne Kdo je bil povzročitelj? \_\_\_\_\_

Opišite vzrok prometne nesreče: \_\_\_\_\_

Ali ste bili v prometni nesreči poškodovani? da/ne

Ali ste že bili kaznovani? da/ne Število kazenskih točk: \_\_\_\_\_

Opišite vzrok kaznovanosti: \_\_\_\_\_

## IZJAVA

Izjavljam, da so zgoraj navedeni podatki resnični. Dovoljujem vpogled v zdravstveno dokumentacijo, ki jo vodi moj izbrani osebni zdravnik.

Podpis: \_\_\_\_\_