

VPRAŠALNIK ZA VOZNIKE MOTORNIH VOZIL

Datum: _____

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Telefonska številka: _____ E-mail: _____

- 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 vrtoglavji, 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 se je vaše zdravje v zadnjem letu spremenilo?	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: _____