LEKÁRSKA PREHLIADKA – VODIČSKÝ PREUKAZ

Praktický ambulantný podklad pre žiadateľov od 16 rokov

Meno a priezvisko:		**Dátum narodenia:**	
Adresa:		**Skupina VP:**	AM / A1 / A2 / A / B1 / B / BE / T / iná: _____

1. ÚDAJE A ČESTNÉ VYHLÁSENIE PACIENTA

Pred lekárskou prehliadkou má posudzovaná osoba vyplniť oficiálne Čestné vyhlásenie posudzovanej osoby vo vzťahu k jej zdravotnej spôsobilosti na vedenie motorových vozidiel – Príloha č. 6 k vyhláške č. 9/2009 Z. z.

Doplňujúci anamnestický skríning pre potreby ambulancie:

	ÁNO	NIE	Poznámka
1. Máte alebo ste mali epilepsiu, záchvaty, kŕče, stratu vedomia alebo opakované synkopy?	☐	☐	
2. Máte cukrovku alebo užívate inzulín / lieky, ktoré môžu vyvolať hypoglykémiu?	☐	☐	
3. Máte ochorenie srdca, poruchu rytmu, závažnú hypertenziu alebo nevysvetlené kolapsové stavy?	☐	☐	
4. Máte poruchu zraku, dvojité videnie, výraznú poruchu farbocitu alebo používate okuliare/kontaktné šošovky?	☐	☐	
5. Máte významnú poruchu sluchu alebo používate načúvací prístroj?	☐	☐	
6. Máte neurologické ochorenie, závažnú poruchu koordinácie alebo pohyblivosti?	☐	☐	
7. Liečite sa alebo ste sa liečili pre psychiatrické ochorenie, ADHD alebo inú poruchu, ktorá môže ovplyvniť pozornosť či správanie?	☐	☐	
8. Užívate pravidelne lieky, ktoré môžu spôsobovať ospalosť alebo zhoršiť pozornosť a reakčný čas?	☐	☐	
9. Máte výraznú dennú spavosť, hlasno chrápete alebo bolo vyslovené podozrenie na spánkové apnoe?	☐	☐	
10. Užívate alkohol, omamné alebo psychotropné látky spôsobom, ktorý môže ovplyvniť vedenie vozidla?	☐	☐	

Pravidelne užívané lieky: _____

Dátum: _____ Podpis pacienta: _____

Pozn.: Tento doplňujúci skríning je pracovná pomôcka ambulancie a nenahrádza oficiálnu Prílohu č. 6.

2. ZÁZNAM LEKÁRA – PRAKTICKÁ POMÔCKA

Parameter	Nález
TK / pulz	_____
Výška / hmotnosť / BMI	_____
Visus bez korekcie	OD _____ OS _____
Visus s korekciou	OD _____ OS _____
Okuliare / kontaktné šošovky	☐ nie ☐ áno
Farbocit / zorné pole – orientačne	_____
Sluch – orientačne	_____
Kardiopulmonálny nález	_____
Neurologický / lokomočný nález	_____
Psychický stav / pozornosť – orientačne	_____
Iné relevantné nálezy	_____

3. ZÁVER

☐ zdravotne spôsobilý/á ☐ zdravotne spôsobilý/á s podmienkou ☐ zdravotne nespôsobilý/á ☐ potrebné odborné vyšetrenie

Podmienka / odporúčané odborné vyšetrenie: _____

Výsledok lekárskej prehliadky sa zaznamená do zdravotnej dokumentácie a podľa situácie do žiadosti o udelenie vodičského oprávnenia alebo do oficiálneho dokladu o zdravotnej spôsobilosti podľa Prílohy č. 7 k vyhláške č. 9/2009 Z. z.

Miesto a dátum: _____ Pečiatka a podpis lekára: _____

Právny základ: vyhláška MV SR č. 9/2009 Z. z., najmä § 29 a Prílohy č. 6 a 7. Pred použitím oficiálneho dokladu vždy použite aktuálne znenie formulára zo Slov-Lex.