ZASEBNI
ZDRAVSTVENI ZAVOD
BOSSMAN PETER

IZJAVA

o zdravstvenem stanju kandidata/-ke za voznika/-co in voznika/-ce

Ime in priimek: _____

Rojen/-a: _____

Stanujoč/-a: _____

Datum: _____

Ali ste se kadarkoli zdravili oziroma se zdravite zaradi:		
☐ duševnih motenj……..	DA	NE
☐ motenj zavesti (omedlevica, omotica, epilepsija)……..	DA	NE
☐ drugih nevroloških motenj (nehoteni zgibki mišic, vrtoglavica, ...)…….....	DA	NE
☐ bolezni srca ali visokega krvnega tlaka……	DA	NE
☐ sladkorne bolezni…….....	DA	NE
☐ težav z vidom (slabovidnost, dvojni vid, nočna slepota) ……	DA	NE
☐ drugega (napišite): _____	DA	NE
Ali ste v zadnjih petih letih že kdaj zadremali za volanom?	DA	NE
Ali ste zaradi zaspanosti za volanom že bili udeleženi v prometni nesreči ali skoraj povzročili prometno nesrečo; (npr. za las ušli nesreči, zadeli ob robnik, prevozili rdečo luč,…)? ……	DA	NE
Ali jemljete zdravila kot so uspavala, pomirjevala, zdravila proti depresiji?.....	DA	NE
Ali uživate prepovedane droge in psihoaktivne snovi?.....	DA	NE
Ali prekomerno uživate alkoholne pijače?.....	DA	NE
Ali ste bili v zadnjih petih letih kaznovani zaradi vožnje pod vplivom alkohola, prepovedanih drog ali psihoaktivnih snovi ?……	DA	NE
Ali ste v procesu zdravljenja zaradi:		
☐ odvisnosti od alkohola……	DA	NE
☐ odvisnosti od prepovedanih drog in psihoaktivnih snovi……..	DA	NE

Izjavljam, da dovoljujem vpogled v mojo zdravstveno dokumentacijo pri izbranem osebnem zdravniku.

Izjavljam, da se bom v primeru poškodbe ali bolezni, ki bi zmanjšala mojo zmožnost za vožnjo, 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.
Izjavljam, da bom brez poziva opravil/-a oceno zmožnosti za vožnjo pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti medicine dela, prometa in športa, če bo z zdravstvenim pregledom specialista oftalmologa ugotovljeno, da je moja refrakcijska motnja več kot +/- 2.0 sferični ekvivalent (+/- 2 dioptriji).

<u>Dodatno za kandidate/-ke za voznike/-ce in voznike/-ce druge skupine*:</u>
*Kandidati za voznike ali vozniki kategorij C, CE, C1, C1E, DE, D1, D, D1E in vozniki prve skupine, ki opravljajo vožnjo kot osnovni poklic

ZASEBNI
ZDRAVSTVENI ZAVOD
BOSSMAN PETER

Izjavljam, da bom ponovno, brez poziva, opravil/-a oceno zmožnosti za vožnjo pri pooblaščenem specialistu medicine dela, prometa in športa v enem mesecu po tem, ko je pri meni prišlo do hude hipoglikemije (hipoglikemije, pri kateri sem potreboval/-a pomoč druge osebe) v času budnosti, tudi če se ni pojavila med vožnjo.

Izjavljam, da so vsi podatki, ki sem jih navedel/-a, resnični, točni in popolni in da za svojo izjavo prevzemam vso materialno in kazensko odgovornost.

ZAHTEVA ZA DOSTOP DO PODATKOV V CENTRALNEM REGISTRU PODATKOV O PACIENTIH (CRPP) ZA NAMEN IZVAJANJA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

Jaz, spodaj podpisani/-a, prostovoljno dovoljujem dostop do podatkov v Centralnem registru podatkov o pacientih (CRPP) zdravstvenim delavcem za namen zdravstvene obravnave v Zasebnem zdravstvenem zavodu Bossman Peter.

Privolitev se uporabi izključno za namen izvedbe zdravstvenih storitev v okviru zavoda in je veljavna 45 dni od datuma podpisa.

Datum: _____ Podpis kandidata/-ke oz. voznika/-ce: _____

** Dostop do podatkov CRPP bo izveden na podlagi 3. točke tretjega odstavka 3. člena Pravilnika o pooblastilih za obdelavo podatkov v Centralnem registru podatkov o pacientih (Uradni list RS, št. 35/24), v skladu s katero lahko pridobiva in uporablja zdravstveno dokumentacijo pacienta pooblaščena oseba, ki načrtuje ali izvaja zdravstveno obravnavo. Dostop je privzeto omogočen 45 dni, pooblaščena oseba pa lahko čas dostopa skrajša ali podaljša, vendar ne več od 180 dni po podani izjavi.*