

Twoje zdrowie

Czy możesz odpowiedzieć TAK na pytanie 1 lub 2 poniżej?

1. Czy masz zmniejszoną ostrość wzroku, potrzebujesz okularów lub soczewek?
2. Czy doświadczyłeś podwójnego widzenia w ciągu ostatnich trzech miesięcy, problemy z prowadzeniem w ciemności lub w warunkach zmiennego oświetlenia, lub gorsze widzenie boczne w jednym lub obu oczach?

Tak Nie

Czy możesz odpowiedzieć TAK na jedno lub więcej pytań o numerze 3-17 poniżej?

3. Czy masz problemy z orientacją w ruchu drogowym lub oceną ruchu drogowego w czasie jazdy?
4. Czy masz lub miałeś chorobę neurologiczną?
5. Czy miałeś omdlenia, drgawki lub inne epizody zmniejszonej świadomości w ciągu ostatnich 5 lat?
6. Czy miałeś omdlenia, napady padaczkowe lub inne epizody zmniejszonej świadomości w ciągu ostatnich 10 lat lub czy stosowałeś leki przeciwpadaczkowe przez ten sam okres?
7. Czy masz zespół obturacyjnego bezdechu sennego (chrapanie) lub inne zaburzenia snu?
8. Czy masz lub miałeś choroby układu krążenia?
9. Czy masz cukrzycę?
10. Czy masz lub miałeś poważne zaburzenia psychiczne lub czy masz upośledzenie umysłowe, które może mieć wpływ na prowadzenie pojazdu?
11. Czy masz ADHD?
12. Czy używałeś leków, które mogą mieć wpływ na prowadzenie pojazdu?
13. Czy nadużywałeś alkoholu lub narkotyków lub czy nadużywałeś ich w ciągu ostatnich trzech lat?
14. Czy masz osłabioną czynność płuc?
15. Czy masz lub miałeś ciężką niewydolność nerek?

16. Czy masz ograniczoną ruchomość ręki lub nogi?
17. Czy istnieją inne warunki zdrowotne, które mogą osłabić zdolność prowadzenia pojazdu?

Tak Nie

[Jak przetwarzane są dane dotyczące twojego zdrowia? Przeczytaj więcej o ochronie prywatności.](#)

Jestem świadomy, że nie podanie lub podanie fałszywych informacji jest karalne. W przypadku zmian w moim zdrowiu, które mogą mieć wpływ na prowadzenie pojazdu, mam obowiązek skonsultować się z lekarzem przed dalszą jazdą.

Podpisz i wyślij podanie

Twoje podanie

- Ubiegasz się o prawo jazdy kat. **B**
- Rodzaj wniosku **Pierwszy**
- Czy jest wymagane zaświadczenie od okulisty **Tak/Nie (odpowiedź pojawi się w zależności od wcześniej udzielonych odpowiedzi).**
- Czy jest wymagane zaświadczenie od lekarza **Tak/Nie (odpowiedź pojawi się w zależności od wcześniej udzielonych odpowiedzi).**

Informacja kontaktowa

- Telefon komórkowy:
- Email:

Informacje kontaktowe zapisane w Difi służą do powiadomień w sprawie Twojego wniosku lub zamówionej godziny egzaminu na tę klasę prawa jazdy. [Możesz zmienić informacje kontaktowe na difi.no.](#)