

## KARTA BEZPOŚREDNIEGO WYWIADU PSYCHOLOGICZNEGO

Proszę wpisać odpowiedź w wykropkowane pola oraz zaznaczyć właściwe stwierdzenia

Imię i nazwisko ..... Nr tel.\* .....

Wykształcenie ..... Wiek..... Płeć M / K

Stanowisko..... Staż pracy ogółem.....

Czy w pracy zawodowej stwierdzono chorobę zawodową? **TAK – NIE** Kiedy? .....

Z jakiego powodu? .....

Czy uległ Pan/Pani wypadkowi w pracy lub komunikacyjnemu? **TAK – NIE** Kiedy? .....

Jakie były skutki zdrowotne? .....

Czy przyznano świadczenie rentowe? **TAK – NIE** Od kiedy? ..... Do kiedy? .....

Z jakiego powodu? .....

Czy orzeczono niepełnosprawność ? **TAK – NIE** Od kiedy? ..... Do kiedy? .....

Czy miał Pan/Pani poważne urazy głowy wpływające na obecne funkcjonowanie? **TAK – NIE**

Czy miał Pan/Pani zabiegi operacyjne wpływające na obecne funkcjonowanie? **TAK – NIE**

Czy leczył się Pan/Pani psychiatrycznie, neurologicznie lub korzystał z pomocy psychologa? **TAK – NIE**

Czy choruje Pan/Pani na chorobę mogącą wpływać na prowadzenie pojazdów?:

- bóle, zawroty głowy lub omdlenia:	<b>TAK – NIE</b>	- cukrzyca:	<b>TAK – NIE</b>
- astma:	<b>TAK – NIE</b>	- padaczka:	<b>TAK – NIE</b>
- choroby serca lub nadciśnienie:	<b>TAK – NIE</b>		

Czy zażywa Pan/Pani na stałe leki wpływające na prowadzenie pojazdów? **TAK – NIE**

Czy miał Pan/Pani kontakt z narkotykami lub innymi podobnymi substancjami? **TAK – NIE**

Czy był Pan/Pani sprawcą wypadku drogowego? **TAK – NIE** Kiedy? ..... ranni – zabici

Czy miał Pan/Pani zatrzymane prawo jazdy? **TAK – NIE** Kiedy? ..... na okres .....

z powodu: - alkohol - punkty karne - wypadek drogowy - przekroczenie prędkości > 50 km/h

Czy miał Pan/Pani wcześniej badanie psychotechniczne zakończone negatywnie? **TAK – NIE**

Czy w dniu dzisiejszym przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim? **TAK – NIE**

Czy pił Pan/Pani alkohol w ciągu ostatnich 24 godzin? **TAK – NIE**

Czy czuje się Pan/Pani: zdrowy – chory; wypoczęty – zmęczony; spokojny – zdenerwowany;

Pana/Pani samopoczucie w dniu badania jest: złe – przeciętne – dobre – bardzo dobre

Oświadczam, że czuję się w pełni sprawny/a i mogę przystąpić do badań.

.....  
data i czytelny podpis

\*Dobrowolne. Umożliwi kontakt w celu przypomnienia o kolejnym terminie badania kierowców zawodowych.