**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 choroby mogące wpływać na prowadzenie pojazdów?:

- bóle, zawroty głowy lub omdlenia: **TAK – NIE** - cukrzyca: **TAK – NIE**

- astma: **TAK – NIE** - padaczka: **TAK – NIE**

- choroby serca lub nadciśnienie: **TAK – NIE**

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.