

تصريح شخصي لمقدم طلب رخصة القيادة من المجموعة 2

(الرسوم الملكي المؤرخ في 23 مارس 1998 المتعلق برخص القيادة)

الاسم:

العنوان:

مكان الولادة:

تاريخ الولادة:

رقم السجل الوطني (اختياري):

الفئة و / أو الفئة الفرعية لرخصة القيادة الحالية:

D1+E □ D1 □ D+E □ D □ C1+E □ C1 □ C+E □ C □ B+E □ B □ A □ A3 □

تم إصدارها في: رقم:

صالحة حتى:

المرشح للحصول على رخصة قيادة صالحة للفئة:

تاريخ الامتحان السابق:

حسب الاقتضاء:

اسم الطبيب الذي أجرى الفحص:

الاستبيان الذي يتعين على مقدم الطلب استكماله (توضع علامة على جميع الإجابات المنطبقة)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| لا | نعم | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. هل خضعت سابقاً أو تخضع للعلاج من مشكل في الجهاز العصبي المركزي أو المحيطي، أو نزيف في المخ، أو إصابة في الدماغ، أو كسر في الجمجمة، أو غيبوبة؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. هل خضعت سابقاً أو تخضع للعلاج من ضعف كبير في الحكم أو الإدراك أو التكيف أو ردود الفعل الحركية؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. هل عولجت سابقاً أو تعالج من مشكل نفسي أو مرض عقلي؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. هل تعاني من صعوبات كبيرة في التكيف والتي ينجز عنها مثلاً سلوك غير مناسب عند القيادة أو مخاطرة مفرطة أو سلوك غير منضبط؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. هل خضعت سابقاً أو تخضع للعلاج من الصرع أو فقدان الوعي أو فقدان الوعي المفاجئ لفترة وجيزة أو لفترات طويلة أو الشلل المفاجئ أو الدوخة أو اضطرابات التوازن؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. هل تشعر بتعب بشكل غير طبيعي أو بنعاس أثناء النهار؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. هل تشخر بصوت عالٍ أثناء نومك؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. هل خضعت سابقاً أو تخضع للعلاج من أمراض القلب أو الأوعية الدموية، أو نظم القلب أو اضطرابات في الدورة الدموية أو النوبات القلبية، أو مشاكل ضغط الدم؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. هل خضعت لجراحة في القلب؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. هل لديك أي اعاقه تمنعك من استخدام ذراع أو يد أو أصابع أو رجل أو قدم أو المفاصل ذات الصلة؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. هل خضعت سابقاً أو تخضع للعلاج من مرض السكري؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. هل خضعت سابقاً أو تخضع للعلاج من مرض العيون عند طبيب عيون؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. هل خضعت سابقاً لجراحة العيون أو العلاج بالليزر؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. هل ترتدي نظارات أو عدسات لاصقة؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. هل لديك مشكل في الرؤية أو حذتها و / أو مجالك البصري؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. هل تصبح رؤيتك عند الغسق أو في الظلام محدودة أو غير كافية؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. هل أنت مدمن على الكحول أو المخدرات أو تعاطي الأدوية، أو هل خضعت للعلاج لأي من هذه الأسباب؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. هل تتناول أي دواء قد يؤثر على الوعي أو الإدراك أو الحكم أو الأداء الطبيعي مثل المهدئات أو الحبوب المنومة أو المنبهات أو مضادات الاكتئاب أو أي من المؤثرات العقلية الأخرى؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. هل تعاني من أمراض الكبد أو الكلى؟ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. هل خضعت لعملية زرع أعضاء أو زرع صناعي آخر قد يؤثر على قدرتك على القيادة؟ |

أقر، أنا الموقع أدناه، بشرفي أنني قد أجبت بأمانة على الأسئلة أعلاه وأنتي لا أعاني من أي مرض أو حالة أخرى قد تعيق أو تمنع، ولو بصفة مؤقتة، القيادة العادية لسيارة من فئة أو فئة فرعية من المجموعة 2.

التوقيع: _____ التاريخ: ____ / ____ / ____

ستتم معالجة البيانات التي تم جمعها باستخدام هذا النموذج، وفقاً لأحكام الرسوم الملكي المؤرخ في 23 مارس 1998 المتعلق برخص القيادة، من أجل إدارة الفحوصات الطبية للحصول على رخصة قيادة من قبل وتحت مسؤولية أتينسيا للوقاية والحماية، خدمة الوقاية والحماية الخارجية. إذا كان لديك أي رغبة في معرفة البيانات المتعلقة بك وتطلب تصحيحها، إذا لزم الأمر، يرجى الاتصال بأتينسيا للوقاية والحماية، خدمة الوقاية والحماية الخارجية.