



# DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 9 października 2018 r.

Poz. 1938

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 4 października 2018 r.

### zmieniające rozporządzenie w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców<sup>2)</sup>

Na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2018 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2017 r. poz. 978, z późn. zm.<sup>3)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz. U. z 2017 r. poz. 250 i 293 oraz z 2018 r. poz. 970) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 3 otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 2) załączniki nr 7–9 otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 2–4 do niniejszego rozporządzenia.

**§ 2.** Postępowania w sprawie wydania orzeczenia lekarskiego wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia przeprowadza się na podstawie przepisów rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

**§ 3.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: wz. *J. Szczurek-Żelazko*

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie w zakresie swojej regulacji wdraża dyrektywę 2006/126/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie praw jazdy (przekształcenie) (Dz. Urz. UE L 403 z 30.12.2006, str. 18, Dz. Urz. UE L 223 z 26.08.2009, str. 31, Dz. Urz. UE L 314 z 29.11.2011, str. 31, Dz. Urz. UE L 321 z 20.11.2012, str. 54, Dz. Urz. UE L 158 z 10.06.2013, str. 356, Dz. Urz. UE L 261 z 03.10.2013, str. 29, Dz. Urz. UE L 194 z 02.07.2014, str. 10, Dz. Urz. UE L 107 z 25.04.2015, str. 68, Dz. Urz. UE L 126 z 14.05.2016, str. 85, Dz. Urz. UE L 183 z 08.07.2016, str. 59 oraz Dz. Urz. UE L 112 z 02.05.2018, str. 29).

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 2418 oraz z 2018 r. poz. 138, 650, 728, 957, 1039, 1098, 1099, 1284, 1544 i 1629.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 4 października 2018 r. (poz. 1938)

**Załącznik nr 1**

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI BADANIA LEKARSKIEGO W ZAKRESIE NARZĄDU SŁUCHU**

Częściowy ubytek słuchu, o którym mowa w art. 3 ust. 3a ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami, stwierdza się, jeżeli przeprowadzone badanie lekarskie potwierdzi upośledzenie słuchu uniemożliwiające rozumienie mowy wymawianej szeptem z odległości 1 metra i mniejszej w uchu lepiej słyszającym, w tym przy zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantu słuchowego.

## WZÓR

.....  
(oznaczenie jednostki przeprowadzającej badanie lekarskie).....  
(miejscowość, data)**ORZECZENIE LEKARSKIE nr ...../(rok) .....**

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego na podstawie art. 75 ust. 1 pkt 1/ pkt 2/ pkt 3/ pkt 4/ pkt 5<sup>\*)</sup> ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2017 r. poz. 978, z późn. zm.)

u Pana/Pani .....  
(imię i nazwisko)

numer PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość .....  
zamieszkałego(-łej) .....  
(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

**Stwierdzam**

1. Brak/istnienie<sup>\*)</sup> przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, do których jest wymagane:

1) prawo jazdy kategorii: <sup>\*\*)</sup>

a) [ ] AM, A1, A2, A, B1, B, B+E, T,

b) [ ] C1, C1+E, C, C+E,

c) [ ] D1, D1+E, D, D+E;

2) [ ] pozwolenie na kierowanie tramwajem <sup>\*\*)</sup>.

2. Ograniczenie w zakresie:

1) pojazdów, którymi może kierować osoba badana, ich wyposażenia, oznakowania lub przystosowania <sup>\*\*\*)</sup>;

2) specjalnych wymagań wobec osoby kierującej pojazdem <sup>\*\*\*)</sup>

.....  
.....  
.....  
.....

Termin następnego badania .....

.....  
(podpis i pieczęćka uprawnionego lekarza)

**POUCZENIE:**

1. Osoba badana lub podmiot kierujący na badanie lekarskie, którzy nie zgadzają się z treścią orzeczenia lekarskiego, mogą – w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia lekarskiego – za pośrednictwem uprawnionego lekarza, który je wydał, wystąpić z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania lekarskiego odpowiednio \*\*\*\*):
  - 1) w przypadku orzeczenia wydanego przez uprawnionego lekarza – do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby badanej;
  - 2) w przypadku orzeczenia wydanego przez uprawnionego lekarza zatrudnionego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy – do:
    - a) Centrum Naukowego Medycyny Kolejowej w Warszawie,
    - b) Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi,
    - c) Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu,
    - d) Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie,
    - e) Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni albo
    - f) Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej w Warszawie.
2. Orzeczenie lekarskie wydane po przeprowadzeniu ponownego badania lekarskiego jest ostateczne.

## Objaśnienia:

- \*) Niepotrzebne skreślić.
- \*\*\*) Zaznaczyć właściwe przez umieszczenie znaku X w odpowiednim polu przy właściwej grupie kategorii prawa jazdy. Pozostałe grupy kategorii prawa jazdy należy skreślić. Nie skreśla się żadnej kategorii w ramach grupy kategorii prawa jazdy, przy której został umieszczony znak X.
- \*\*\*\*) Wpisać właściwe kody i subkody określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami. Kody należy oddzielić znakiem „/”.
- \*\*\*\*\*) Skreślić w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego w trybie odwoławczym.

## WZÓR

.....  
(oznaczenie jednostki przeprowadzającej badanie lekarskie).....  
(miejsowość, data)**ORZECZENIE LEKARSKIE nr ...../(rok) .....**

W wyniku badania lekarskiego przeprowadzonego na podstawie art. 75 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2017 r. poz. 978, z późn. zm.)

u Pana/Pani .....  
(imię i nazwisko)

numer PESEL, a w przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość .....

zamieszkałego(-łej) .....  
(miejsowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

**Stwierdzam**

1. Brak/istnienie<sup>\*)</sup> przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem uprzywilejowanym lub przewożącym wartości pieniężne, określonym w prawie jazdy kategorii<sup>\*\*)</sup>:

- 1) [ ] A1, A2, A;
- 2) [ ] B1, B, B+E;
- 3) [ ] C1, C1+E, C, C+E;
- 4) [ ] D1, D1+E, D, D+E.

2. Ograniczenie w zakresie:

- 1) pojazdów, którymi może kierować osoba badana, ich wyposażenia, oznakowania lub przystosowania<sup>\*\*\*)</sup>;
- 2) specjalnych wymagań wobec osoby kierującej pojazdem<sup>\*\*\*)</sup>

.....  
.....  
.....  
.....  
Termin następnego badania .....

.....  
(podpis i pieczęć uprawnionego lekarza)

**POUCZENIE:**

1. Osoba badana lub podmiot kierujący na badanie lekarskie, którzy nie zgadzają się z treścią orzeczenia lekarskiego, mogą – w terminie 14 dni od dnia otrzymania orzeczenia lekarskiego – za pośrednictwem uprawnionego lekarza, który je wydał, wystąpić z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania lekarskiego odpowiednio <sup>\*\*\*\*)</sup>):
  - 1) w przypadku orzeczenia wydanego przez uprawnionego lekarza – do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby badanej;
  - 2) w przypadku orzeczenia wydanego przez uprawnionego lekarza zatrudnionego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy – do:
    - a) Centrum Naukowego Medycyny Kolejowej w Warszawie,
    - b) Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi,
    - c) Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu,
    - d) Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie,
    - e) Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni albo
    - f) Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej w Warszawie.
2. Orzeczenie lekarskie wydane po przeprowadzeniu ponownego badania lekarskiego jest ostateczne.

## Objaśnienia:

- \*<sup>)</sup> Niepotrzebne skreślić.
- \*\*<sup>)</sup> Zaznaczyć właściwe przez umieszczenie znaku X w odpowiednim polu przy właściwej grupie kategorii prawa jazdy. Pozostałe grupy kategorii prawa jazdy należy skreślić. Nie skreśla się żadnej kategorii w ramach grupy kategorii prawa jazdy, przy której został umieszczony znak X.
- \*\*\*<sup>)</sup> Wpisać właściwe kody i subkody określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami. Kody należy oddzielić znakiem „/”.
- \*\*\*\*<sup>)</sup> Skreślić w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego w trybie odwoławczym.

WZÓR

.....  
 (oznaczenie jednostki przeprowadzającej badanie)

### KARTA BADANIA LEKARSKIEGO

Data badania		
dzień	miesiąc	rok

#### 1. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY BADANEJ

Imię i nazwisko		Data urodzenia	Dzień	Miesiąc	Rok
Numer PESEL <sup>2)</sup>		Płeć <sup>1)</sup>	M/K		
Adres miejsca zamieszkania		Rok uzyskania uprawnień do kierowania pojazdami			
Organ właściwy do wydania dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdami (nazwa i adres)		kod pocztowy		-	
		kod pocztowy		-	

#### 2. PODLEGA BADANIU LEKARSKIEMU Z TYTUŁU<sup>1)</sup>

	<b>kategoria prawa jazdy lub pozwolenie na kierowanie tramwajem</b>
ubiegania się o uzyskanie uprawnień do kierowania motowerem, pojazdami silnikowymi lub uprawnień do kierowania tramwajem	

przedłużenia ważności prawa jazdy określonej kategorii lub pozwolenia na kierowanie tramwajem	
ubiegania się o przywrócenie uprawnienia do kierowania pojazdem cofniętego ze względu na stan zdrowia	
kierowania motorem, pojazdem silnikowym lub tramwajem w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu	
uzasadnionych i poważnych zastrzeżeń co do stanu zdrowia osoby posiadającej prawo jazdy lub pozwolenie na kierowanie tramwajem	
występowania o zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym lub przewożącym wartości pieniężne albo o przedłużenie ważności tego dokumentu	

### 3. BADANIE OGÓLNE STANU ZDROWIA

#### A. Badanie podmiotowe

Lp.	Podstawowe problemy zdrowotne	TAK	NIE	Uwagi lekarza
1.	Dolegliwości zgłaszane przez osobę badaną			
2.	Urazy czaszki			
3.	Urazy kończyn górnych (kkg), kończyn dolnych (kkd), kręgosłupa			
4.	Incydenty nagłej utraty świadomości			



5.	Choroby układu nerwowego, w tym padaczka			
6.	Choroby psychiczne			
7.	Choroby układu ruchu			
8.	Choroby układu krążenia			
9.	Cukrzyca			
10.	Choroby układu oddechowego, w tym zaburzenia oddychania podczas snu			
11.	Choroby układu pokarmowego			
12.	Choroby endokrynologiczne			
13.	Choroby układu moczowego			
14.	Przebyte hospitalizacje, w tym zabiegi operacyjne			
15.	Leczenie w poradni specjalistycznej (jeżeli tak, to w jakiej? od kiedy?)			

**B. Badanie przedmiotowe<sup>3)</sup>**

Lp.	Narząd (układ)	Brak zmian patologicznych	Opis stwierdzonej patologii
1.	<b>Budowa ciała</b>		
1.1.	Głowa		

1.2.	Blizny skórne i ubytki kostne czaszki		
1.3.	Ruchomość gałek ocznych, kształt i reakcje źrenic		
1.4.	Asymetria twarzy, zbaczanie języka		
2.	<b>Tarczycza</b>		
3.	<b>Układ oddechowy:</b>		
	- odgłos opukowy .....		
	- szmer oddechowy .....		
4.	<b>Układ krążenia</b>		
4.1.	Miarowość		
4.2.	Tony serca: szmery		
4.3.	Tętno tętnic obwodowych		
4.4.	Tętno ...../min		
4.5.	RR (w spoczynku) ..... mmHg		
5.	<b>Brzuch</b>		
5.1.	Bolesność; opory patologiczne		
5.2.	Przepukliny		

5.3.	Wątroba			
5.4	Nerki			
6.	<b>Układ ruchu</b>			
6.1.	<b>Badanie sprawności kończyn górnych:</b>			
6.1.1.	siła mięśniowa			
6.1.2.	chwytność rąk			
6.1.3.	ograniczenie ruchomości stawów:			
	a) palców i nadgarstków .....			
	b) łokciowych .....			
	c) barkowych .....			
6.2.	<b>Badanie sprawności kończyn dolnych</b>			
6.2.1	ograniczenie ruchomości stawów:			
	a) stopy i skokowego .....			
	b) kolanowego i biodrowego .....			
6.3.	<b>Ruchomość kręgosłupa:</b>			
	a) odcinka szyjnego			
	b) odcinka lędźwiowego			

6.4.	<b>Badanie chodu</b>		
6.5.	<b>Anomalie wrodzone lub pourazowe</b>		
7.	<b>Układ nerwowy</b>		
7.1.	Objawy mózdkowe: - koordynacja ruchowa		
7.2.	Niedowład, porażenia kończyn górných		
7.3.	Niedowład, porażenia kończyn dolnych		
7.4.	Zaniki mięśniowe		
7.5.	Objaw Babińskiego		
8.	<b>Stan psychiczny</b>		

**C. Skierowania na badania pomocnicze albo konsultacje specjalistyczne:** .....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęćka uprawnionego lekarza)

**4. BADANIE NARZĄDU WZROKU**

Imię i nazwisko badanego .....

Numer PESEL<sup>2)</sup> .....

Adres miejsca zamieszkania .....

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego – tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki)

**Wywiad chorobowy**

Lp.	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
1.			
2.			od ilu lat?
3.			od ilu lat?

**Badanie przedmiotowe**

Lp.	Okło prawe	Okło lewe	Opis patologii
1.			
2.			
3.			

4.	Pole widzenia		
5.	Rozpoznawanie barw		
6.	Widzenie obuoczne		
7.	Widzenie zmierzchowe		
8.	Wrażliwość na olśnienie		
9.	Wrażliwość na kontrast		

**Rozpoznanie:**

.....  
.....  
.....

**Wnioski:**

.....  
.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza uprawnionego lub lekarza  
specjalisty w dziedzinie okulistyki)

**5. BADANIE NARZĄDU SŁUCHU**

Imię i nazwisko badanego .....

Numer PESEL<sup>2)</sup> .....

Adres miejsca zamieszkania .....

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego – tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza specjalistę w dziedzinie laryngologii) .....

**Wywiad chorobowy**

Lp.	Przebyte choroby lub dolegliwości	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
1.	Upośledzenie słuchu:			od ilu lat?
	- ubytek słuchu jednostronny			
	- ubytek słuchu obustronny			
	- posługiwanie się aparatem/implantem słuchowym			

**Badanie akumetryczne słuchu (szepciem)**

Odległość		Ucho prawe	Ucho lewe
Z zastosowaniem aparatu słuchowego lub implantu słuchowego			
Odległość			

**Rozpoznanie:** .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Wnioski:** .....  
 .....  
 .....

.....  
 (data) .....  
 (podpis i pieczęć lekarza uprawnionego lub lekarza specjalisty  
 w dziedzinie laryngologii)

**6. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE**

Należy dołączyć wyniki wszystkich przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych według schematu:

Badanie .....	Badanie .....
Rozpoznanie .....	Rozpoznanie .....
Opinia .....	Opinia .....
Data .....	Data .....
Podpis i pieczęć lekarza	Podpis i pieczęć lekarza



Badanie .....	Badanie .....
Rozpoznanie .....	Rozpoznanie .....
Opinia .....	Opinia .....
Data .....	Data .....
Podpis i pieczętka lekarza	Podpis i pieczętka lekarza

**7. BADANIA POMOCNICZE**

Należy dołączyć wyniki badań pomocniczych

.....

.....

.....

.....

**ROZPOZNIANIE KOŃCOWE:**

.....

.....

.....

**WNIOSKI:**

.....

.....

.....

.....

..... (data)

..... (podpis i pieczętka uprawnionego lekarza)

**Objaśnienia:**

- 1) Odpowiednie podkreślić.
- 2) W przypadku osoby, której nie nadano numer PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.
- 3) W przypadku prawidłowego wyniku badania postawić znak X w rubryce „Brak zmian patologicznych”, a w przypadku stwierdzonej patologii – podać szczegółowy jej opis.