

(Pielikums MK 24.10.2017. noteikumu Nr. 640 redakcijā)

Veselības pārbaudes karte

Vārds _____ Uzvārds _____

Personas kods –

Adrese _____

Vajadzīgo atzīmēt ar x:

Pirmreizējā veselības pārbaude

Kārtējā veselības pārbaude

Pirmstermiņa veselības pārbaude

Anamnēze:

saslimšanas pēdējo triju gadu laikā _____

bieži lietotie medikamenti _____

Traumas Nav _____ Ir _____ Kādas _____

Epilepsijas lēkmes Nav _____ Ir _____

Operācijas Nav _____ Ir _____ Kādas _____

Redzes traucējumi Nav _____ Ir _____ Kādi _____

Dzirdes traucējumi Nav _____ Ir _____ Kādi _____

Cukura diabēts Nav _____ Ir _____ Kāds _____

Sirds–asinsvadu slimības Nav _____ Ir _____ Kādas _____

Arteriāla hipertensija Nav _____ Ir _____ Cik sen _____

Arteriālais spiediens _____ Krīzes _____

Elpošanas ceļu slimības Nav _____ Ir _____ Kādas _____

Vai Jūs lietojat (esat lietojis) narkotikas

Jā _____ Nē _____ Kādas _____

Vai esat vadījis automašīnu alkohola reibumā

Jā _____ Nē _____ Kad _____

Ar parakstu apliecinu, ka sniegtās ziņas ir patiesas un esmu brīdināts(-a), ka par apzināti nepatiesu ziņu sniegšanu iestājas Latvijas Republikas normatīvajos aktos noteiktā atbildība.

20___. gada ___.

Paraksts _____

Objektīvā atrade:

Psihisku traucējumu simptomi	Nav _____ Ir _____	Kādi _____
Patoloģiski neiroloģiskie simptomi	Nav _____ Ir _____	Kādi _____
Jušanas, kustību traucējumi	Nav _____ Ir _____	Kādi _____
Sirds–asinsvadu slimību simptomi	Nav _____ Ir _____	Kādi _____
Pulss	_____ x1	AT _____ mm Hg
Plaušu slimību simptomi	Nav _____ Ir _____	Kādi _____
Nieru slimību simptomi	Nav _____ Ir _____	Kādi _____
Traumu sekas	Nav _____ Ir _____	Kādas _____
Obstruktīvās miega apnojas simptomi	Nav _____ Ir _____	Kādi _____
Dzirdes traucējumi	Nav _____ Ir _____	Kādi _____
Dx = _____		metri
	(čukstus, balsī)	
Sin = _____		metri
Redzes traucējumi	Nav _____ Ir _____	Kādi _____
Visus Dx = _____		
Sin = _____		

Īpašas piezīmes _____

(nepieciešamie papildu izmeklējumi vai ekspertīze)

Atzinums

Nav konstatētas pretindikācijas vadīt šādas kategorijas transportlīdzekli (nevajadzīgo svītrot):

M	A1	A2	A	C1	C	C1E	CE
B1	B	BE	D1	D	D1E	DE	
Tramvaji		Trolejbusi		Pašgājējmašīnas			

Īpašas piezīmes (vajadzīgo atzīmēt ar x):

- PVL – papildu vadīšanas līdzekļi
- Brilles – obligāti jālieto brilles vai kontaktlēcas
- DZA – obligāti jālieto dzirdes aparāts

Kārtējā veselības pārbaude jāveic līdz _____

Konstatētas pretindikācijas transportlīdzekļu vadīšanai _____
(norādīt iemeslu)Ģimenes ārsts/komisijas vadītājs _____
(vārds, uzvārds, paraksts)

Z. v.

20__ . gada __ . _____