



Если данный заполненный бланк не будет отправлен до _____ в Department of Licensing (DOL), право на управление транспортным средством может быть приостановлено.

Отправьте отчет по почте или факсу по адресу:
Record Documentation
Department of Licensing
PO Box 9030
Olympia, WA 98507
 Fax: **(360) 570-7893**
 Email: **MedicalCerts@dol.wa.gov**

Информация о водителе/пациенте

Полное имя (фамилия, имя, отчество)		
Дата рождения	10-значный номер телефона для звонков в дневное время	Номер водительского удостоверения

Разрешение на выдачу информации
 Я даю разрешение указанному ниже MD (Doctor of Medicine, лицензированному врачу), DO (Doctor of Osteopathy, врачу-остеопату), врачу-натуропату, RN (Registered Nurse, дипломированной медсестре), ARNP (Average Nurse Practitioner, среднему медицинскому работнику), PA (Physician's Assistant, фельдшеру), PAC (Physician's Assistant Certified, сертифицированному фельдшеру), DPM (Doctor of Podiatric Medicine, дипломированному врачу-подиатру), психиатру или психологу предоставить информацию о состоянии моего здоровья, основанную на результатах осмотра, **проведенного за последние 3 месяца**. Я понимаю, что на основании этой информации Department of Licensing примет решение относительно моей способности безопасно управлять транспортным средством.

X	_____	Дата	X	_____	Дата
Подпись водителя			Подпись родителя (если водитель несовершеннолетний)		

Лечащий врач — ТОЛЬКО MD, DO, врач-натуропат, RN, ARNP, PA, PAC, DPM, психиатр или психолог

У DOL есть причина считать, что состояние, в котором, возможно, находится указанный выше водитель, может влиять на его способность безопасно управлять транспортным средством.

Имеющаяся у вас информация о состоянии этого человека крайне важна для вынесения нами правильного заключения о выдаче водительского удостоверения. **DOL несет полную ответственность за любое решение, касающееся пригодности к управлению транспортным средством и выдачи соответствующего разрешения. Просим вас ответить на ВСЕ вопросы и передать бланк в DOL.**

Как давно этот человек является вашим пациентом?

Дата осмотра (за последние 3 месяца)

Ответьте на следующие вопросы

1. Исходя из того, что известно вам, терял ли этот человек сознание за последние 6 месяцев? Да Нет
2. Удалось ли по результатам данного осмотра выявить проблемы со здоровьем, которые могут влиять на способность этого человека управлять транспортным средством? Да Нет

Если вы ответили «да» на вопрос 1 или 2, ответьте на следующие вопросы.

a. Состояние здоровья. (выберите все, что подходит)

- Потеря сознания или утрата контроля / припадок —месяц и год самого последнего случая: _____
- Апноэ во сне, нарколепсия, расстройство сна —месяц и год самого последнего случая: _____
- Деменция или когнитивное расстройство —заметили ли вы какое-либо ухудшение за последние 12 месяцев? Да Нет
- Потеря мышечного контроля / координации движений —заметили ли вы какое-либо ухудшение за последние 12 месяцев? Да Нет
- Прочее _____

b. Состояние этого человека.

- Контролируемое/стабильное Контролируется медицинским препаратом, который может повлиять на способность управлять транспортным средством Может препятствовать управлению транспортным средством

c. По вашему профессиональному мнению, может ли этот человек безопасно управлять

транспортным средством? Да Нет

Если «нет», рекомендовали ли вы этому человеку отказаться от управления транспортным средством? Да Нет

d. Должен ли DOL следить за состоянием здоровья этого человека с помощью периодических отчетов

о медицинском осмотре? Да Нет

Если «да», как часто? Раз в 6 месяцев Раз в год Раз в 2 года

Комментарии / другие проблемы со здоровьем, которые могут влиять на способность этого человека управлять транспортным средством.

Имя лечащего врача

Номер профессиональной лицензии

Адрес (дом и улица, город, штат, почтовый индекс)

10-значный номер телефона

10-значный номер факса

Адрес электронной почты

Я удостоверяю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Washington, что предоставленная мной информация является верной и точной.

X

Дата

Место подписания (город или округ)

Подпись лечащего врача (ТОЛЬКО MD, DO, врач-натуропат, RN, ARNP, PA, PAC, DPM, психиатр, психолог)