Нажмите здесь, чтобы НАЧАТЬ или ОЧИСТИТЬ. Затем нажмите клавишу TAB

WASHINGTON STATE DEPARTMENT OF LICENSING

Отчет о медицинском осмотре

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

Отправьте отчет по факсу или по почте по адресу:
Restricted Licensing
Department of Licensing
PO Box 9030
Olympia, WA 98507
Номер факса: **(360) 570-7893**
Адрес электронной почты:
MedicalCerts@dol.wa.gov

Информация о водителе/пациенте

Полное имя *(фамилия, имя, отчество)*

Дата рождения	(Код района) номер телефона для звонков в дневное время	Номер водительского удостоверения

Разрешение на выдачу информации

Я даю разрешение указанному ниже MD (Medicinae Doctor, лицензированный врач), DO (Doctor of Osteopathic Medicine, врач-остеопат), врачу-натуропату, RN (Registered Nurse, дипломированный медицинский персонал), ARNP (Advance Practice Registered Nurse, средний медицинский работник), PA (Physician Assistant, фельдшер), PAC (Physician Assistant, Certified, сертифицированный фельдшер), психиатру или психологу, указанному ниже, предоставлять информацию о состоянии моего здоровья по результатам осмотра, ***пройденного в течение последних -3х месяцев****. Я понимаю, что Department of Licensing будет использовать данную информацию для принятия решения о моей способности безопасно управлять транспортным средством.*

X По завершении, пожалуйста, распечатайте и подпишитесь здесь.
Подпись водителя Дата

X По завершении, пожалуйста, распечатайте и подпишитесь здесь.
Подпись родителя (если водитель несовершеннолетний) Дата

Medical provider – MD, DO, Naturopath, RN, ARNP, PA, PAC, DPM, Psychiatrist, or Psychologist ONLY

DOL has reason to believe the driver named above may have a condition that could affect the safe operation of a motor vehicle.

Your knowledge of this person's condition is of great value in assisting us determine a proper licensing decision. **DOL has sole responsibility for any decision** regarding driving qualifications and licensure. **Answer ALL questions** and return to DOL.

How long has this person been your patient?	Date of examination **(within last 3 months)**

Answer the following

1. To your knowledge, has this person lost consciousness in the past 6 months? . . . . . ☐ Yes ☐ No
2. Based on this examination, did you find a medical condition that may affect this person's ability to drive? . . . ☐ Yes ☐ No

If "Yes" to either question 1 or 2, answer the following:

a. Medical condition: *(select all that apply)*
- ☐ Loss of consciousness or control/seizure – Month and year of most recent occurrence: _____
- ☐ Sleep apnea, narcolepsy, sleep disorder – Month and year of most recent occurrence: _____
- ☐ Dementia or cognitive impairment – Have you noticed a decline over the past 12 months? . . . . . ☐ Yes ☐ No
- ☐ Loss of muscular control/mobility – Have you noticed a decline over the past 12 months? . . . . . ☐ Yes ☐ No
- ☐ Other _____

b. This person's condition:
☐ Is controlled/stable ☐ Is controlled by medication that may affect their ability to drive ☐ May interfere with driving

c. In your professional opinion, is this person able to safely operate a motor vehicle? . . . . . ☐ Yes ☐ No ☐ Unsure
If "No", have you advised this person not to drive? . . . . . ☐ Yes ☐ No

d. Should DOL monitor this driver's condition with periodic Physical Examination Reports? . . . . . ☐ Yes ☐ No
If "Yes", how often? . . . . . ☐ 6 months ☐ 1 year ☐ 2 years

Comments/Other conditions that may affect this person's driving

Medical provider name	Professional license number

Address *(Street address, City, State, ZIP code)*

(Area code) Telephone number	(Area code) Fax number	Email

I certify under penalty of perjury under the laws of the state of Washington that the information I have provided is true and correct.

Date Place (city or county) signed

X When you have completed this form, please print it out and sign here.
Medical provider signature (MD, DO, Naturopath, RN, ARNP, PA, PAC, DPM, Psychiatrist, Psychologist **ONLY**)

RCW 46.20.041; 46.20.305