

## ČESTNÉ VYHLÁSENIE PACIENTA S DIABETOM

**Čestné vyhlásenie pacienta s diabetom, že chápe riziko spojené s hypoglykémiou a tento stav dokáže primerane ovládať. Potvrdenie o edukácii / poučení a porozumení povinnostiam vyplývajúcich pre vodiča diabetika.**

Ja,....., dátum narodenia.....

miesto narodenia....., bytom.....

čestne vyhlasujem svojím podpisom, že som bol/a nižšie uvedeným lekárom oboznámený/á s požiadavkami Vyhlášky Ministerstva vnútra Slovenskej republiky z 19. januára 2018, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva vnútra Slovenskej republiky č.9/2009 Z. z., a to v častiach, ktoré sa týkajú ochorenia diabetes mellitus. Chápem riziko spojené s hypoglykémiou a tento stav dokážem primerane ovládať. Vyhlasujem, že ovládam:

- čo je hypoglykémia a v čom je nebezpečná z hľadiska vedenia motorového vozidla
- poznám a dokážem rozpoznať aj skoré príznaky a prejavy hypoglykémie
- dokážem včas reagovať na prvé prejavy hypoglykémie, poznám postup a viem, čo mám urobiť pri počínajúcej hypoglykémii a ako ju zvládnuť
- poznám situácie a okolnosti zvyšujúce riziko vzniku hypoglykémie a viem ako im predísť
- ovládam požiadavky odporúčané pre minimalizáciu vzniku hypoglykémie a jej dôsledkov počas jazdy motorovým vozidlom
- uvedomujem si potrebu vždy pri sebe nosiť glukomer a jedlo s obsahom rýchlovstrebateľných sacharidov a stredne rýchlo vstrebateľných sacharidov a bielkovín
- uvedomujem si potrebu pravidelného denného monitorovania svojich glykémií, obzvlášť pred jazdou a počas jazdy
- ovládam postupy pri objavení sa prvých príznakov hypoglykémie počas vedenia motorového vozidla
- som si vedomý povinnosti nahlásiť svojmu lekárovi (diabetológovi alebo všeobecnému lekárovi) každú epizódu / prípad ťažkej hypoglykémie, vytrácajúce sa vnímanie varovných príznakov hypoglykémie, ale aj častejšie sa vyskytujúce ľahké hypoglykémie, ako aj prekonanú dopravnú nehodu, obzvlášť, ak mohla súvisieť s hypoglykémiou

**Som si vedomý/á právnych následkov vyplývajúcich z nepravdivých údajov uvedených v tomto čestnom vyhlásení.**

V .....

Dňa.....

.....  
Pečiatka a podpis lekára,  
ktorý vykonal edukáciu/poučenie

.....  
Podpis

.....  
Dátum vykonania edukácie/poučenia