

**Gwybodaeth meddygol**  
**gyfrinachol**  
**C N 1 W**

**CN1W**  
*Diwyg Gorff 22*

---

**RHAN A: AMDANOCH CHI**

---

Llenwch y ffurflen hon mewn **LLYTHRENAU BRAS** gan ddefnyddio **INC DU**

Teitl \_\_\_\_\_ Enw llawn \_\_\_\_\_

Cyfeiriad llawn \_\_\_\_\_

Cod post \_\_\_\_\_

Dyddiad geni \_\_\_\_\_

Rhif GIG \_\_\_\_\_

Rhif gyrrwr \_\_\_\_\_

*(Os y gwyddoch)*

Rhif ffôn symudol \_\_\_\_\_

Rhif ffôn cartref \_\_\_\_\_

*(Opsynol)*

*(Opsynol)*

E-bost \_\_\_\_\_

*(Opsynol)*

---

**RHAN B: MANYLION EICH GWEITHIWR GOFAL IECHYD PROFFESIYNOL**

---

Darparwch fanylion y meddyg teulu NEU'R ymgynghorydd rydych wedi ei weld am y cyflwr hwn

**PWYSIG:** Rhaid ichi ddarparu enw a chyfeiriad llawn eich meddyg teulu a/neu ymgynghorydd neu bydd y ffurflen yn cael ei dychwelyd atoch, a fydd yn arwain at oedi.

**MANYLION Y MEDDYG**

**TEULU**

Enw llawn \_\_\_\_\_

Meddygfa \_\_\_\_\_

Cyfeiriad llawn \_\_\_\_\_

Cod post \_\_\_\_\_

Rhif ffôn \_\_\_\_\_

E-bost \_\_\_\_\_

*(Os y gwyddoch)*

Dyddiad y gwelwyd meddyg teulu ddiwethaf am y cyflwr hwn \_\_\_\_\_

**MANYLION YR YMGYNGHORYDD**

Teitl \_\_\_\_\_ Enw llawn \_\_\_\_\_

Adran \_\_\_\_\_

Cyfeiriad llawn yr Ysbyty \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cod post \_\_\_\_\_

Rhif ffôn \_\_\_\_\_

E-bost \_\_\_\_\_

*(Os y gwyddoch)*

Dyddiad y gwelwyd ymgynghorydd ddiwethaf am y cyflwr hwn \_\_\_\_\_



**Holiadur i asesu eich ffitrwydd meddygol i yrru.**

**Mae angen inni gael yr holl gwestiynau wedi'u hateb i ganiatáu inni brosesu eich cais.**

Os nad ydych yn sicr ynghylch yr atebion, rydym yn eich cynghori i drafod y ffurflen hon gyda'ch meddyg.

1. Ticiwch y blychau priodol os ydych wedi dioddef o unrhyw un o'r cyflyrau canlynol:

	Ydw	Na		DD	MM	BB
a) Sglerosis ymledol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dyddiad y diagnosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Ydych chi wedi atglafychu neu gael atglafychiadau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dyddiad yr atglafychiad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Dyddiad yr atglafychiad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Dyddiad yr atglafychiad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/>						
2. a) Clefyd motor niwron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dyddiad y diagnosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Clefyd Huntington	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dyddiad y diagnosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) Niwropatheg ymylol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dyddiad y diagnosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Myasthenia gravis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dyddiad y diagnosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e) Clefyd Charcot Marie Tooth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dyddiad y diagnosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f) Cyflwr arall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhowch fanylion	<input type="text"/>		

3. Rhowch ddyddiadau unrhyw ymgynghoriadau ffôn, fideo neu wyneb yn wyneb ar gyfer y cyflwr hwn isod.

---



---

	Meddyg			Ymgynghorydd		
	DD	MM	BB	DD	MM	BB
Dyddiad y cyswllt diwethaf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dyddiad y cyswllt nesaf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Ydy eich meddyg wedi eich cynghori bod eich cyflwr wedi gwaethygu yn y 3 blynedd diwethaf? Ydy  Nac  ydy
5. Rhowch enw a dogn (faint rydych yn ei gymryd) o'r holl feddyginiaeth rydych yn ei chymryd ar hyn o bryd

Enw'r feddyginiaeth	Dogn	Rheswm dros gymryd

5a Ydy'r feddyginiaeth yn eich gwneud yn gysglyd neu'n ddryslud pan fyddwch yn gyrru? Ydy  Nac   
ydy

6. Oes angen help arnoch gan rywun arall gyda'ch bywyd dyddiol? Oes  Nac   
oes

**Os Oes i G6, ewch ymlaen i 6a/b. Os Nac oes i G6, ewch i G7.**

6a Ydych chi'n dibynnu ar unigolyn arall i gofio mynychu apwyntiadau neu gymryd y feddyginiaeth ofynnol? Ydw  Nac   
ydw

6b Ydych chi'n dibynnu ar eraill neu angen help i reoli peiriannau'r cartref e.e. peiriant golchi, ffwrn ac yn y blaen? Ydw  Nac   
ydw

7. Ydy eich meddyg neu deulu/ffrindiau wedi mynegi unrhyw bryderon ynghylch eich gyrru? Ydy/  Nac   
Ydyn ydy/ydyn

8. Ydy eich cyflwr wedi achosi unrhyw broblemau gyda'ch golwg? Ydy  Nac   
Os Ydy, ticiwch isod. **Peidiwch â chynnwys hir neu fyr olwg** ydy

**Os Nac ydy, ewch i G11**

Niwritis optig:  **Os Ydy ewch i G9**

Golwg dwbl (diplopia):  **Os Ydy ewch i G10**

Arall:  Os arall rhowch fanylion isod

Os Arall, rhowch fanylion am sut yr effeithir ar eich golwg?  
\_\_\_\_\_

**Niwritis optig:**

9. Os ydych wedi profi episod o niwritis optig, ydy'r cyflwr hwnnw nawr wedi'i ddatrys? Ydy  Nac   
ydy

**Golwg dwbl (diplopia)**

10 Os oes gennych olwg dwbl/diplopia sut mae'ch golwg dwbl (diplopia) yn cael ei reoli?

Patsh/Prism/Barugog  Meddyginiaeth  Arall

Sbectol/Lensys  Heb ei Reoli

10a **Cadarnhau eich bod wedi darllen a deall y wybodaeth ganlynol am olwg dwbl**

**Gwybodaeth am Olwg Dwbl**

Gall gymryd 3 mis neu fwy ichi ymaddasu i wisgo patsh, prism, sbectol barugog neu lensys oherwydd:

- y gellir effeithio ar eich gallu i amcangyfrif pellteroedd
- efallai na fyddwch yn ymwybodol o wrthrychau ar bob ochr ohonoch

Ni ddylech yrru nes bod eich meddyg neu'ch optegydd wedi eich cynghori eich bod wedi ymaddasu'n gyfan gwbl i wisgo patsh, prism, sbectol barugog neu lensys.

Mae gennyf olwg dwbl a chadarnhaf fy mod wedi darllen a deall y wybodaeth uchod (ticiwch)

11. Ydych chi eisoes wedi cael asesiad gyrru ar y ffordd?  
Os Ydw, rhowch gopi o'r adroddiad asesu gyrru. Ydw  Nac   
ydw
12. O ganlyniad i'ch cyflwr meddygol, oes angen ichi yrru cerbyd gyda gerau awtomatig? Oes  Nac   
oes
13. O ganlyniad i'ch cyflwr meddygol, oes angen ichi yrru cerbyd gyda rheolyddion arbennig? Oes  Nac   
oes

Os Nac Oes, ewch i'r datganiad ar y dudalen nesaf. Os Oes, nodwch pa reolyddion sydd eu hangen arnoch.

- 13 Dewiswch unrhyw addasiadau sydd arnoch eu hangen i yrru car.  
a)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trawsyrant addasedig (10)                                 | <input type="checkbox"/> Cydiwr addasedig (15)                                     | <input type="checkbox"/> System frecio addasedig (20)                   |
| <input type="checkbox"/> System gyflymydd addasedig (25)                           | <input type="checkbox"/> Addasiadau i'r pedalau a mesurau diogelu i'r pedalau (31) | <input type="checkbox"/> System brecio a chyflymu gwasanaeth cyfun (32) |
| <input type="checkbox"/> Systemau brecio a chyflymu a llywio gwasanaeth cyfun (33) | <input type="checkbox"/> Cynlluniau rheoli addasedig(35)                           | <input type="checkbox"/> Llywio addasedig (40)                          |
| <input type="checkbox"/> Drych golwg cefn addasedig (42)                           | <input type="checkbox"/> Sedd yrrwr addasedig (43)                                 |   |

- b) Dewiswch unrhyw addasiadau sydd arnoch eu hangen i yrru beic modur, moped neu dreisig

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brêc a weithredir yn sengl (44.01)                       | <input type="checkbox"/> Brêc olwyn blaen addasedig (44.02)  | <input type="checkbox"/> Brêc olwyn cefn addasedig (44.03)  |
| <input type="checkbox"/> Cyflymydd addasedig (44.04)                              | <input type="checkbox"/> Trawsyrant llaw a chydiwr addasedig (44.05)   | <input type="checkbox"/> Drych golwg cefn addasedig (44.06) |
| <input type="checkbox"/> Gorchmynion addasedig (golau, dangoswyr ac ati.) (44.07) | <input type="checkbox"/> Uchder sedd (yn caniatáu i'r gyrrwr gael dwy droed ar yr wyneb ar yr un pryd a chydbwyso'r olwyn wrth stopio/sefyll (44.08) | <input type="checkbox"/> Cynhalydd traed addasedig (44.11)  |
| <input type="checkbox"/> Gafael law wedi'i haddasu (44.12)                        | <input type="checkbox"/> Beic modur gyda char ochr yn unig (45)  |   |

## Datganiad yr Ymgeisydd

Mae'n **rhaid** ichi lenwi'r adran hon ac mae'n rhaid ichi **beidio** â'i newid mewn unrhyw fodd. Darllenwch y datganiad canlynol yn ofalus a llofnodwch i gadarnhau y datganiadau isod.

Deallaf ei bod yn drosedd i wneud datganiad ffug i gael trwydded yrru ac y gall gwneud hynny arwain at erlyniad a chosb uchafswm o hyd at ddwy flynedd yn y carchar.

Darllenwch y datganiadau canlynol:

- Cytunaf y byddaf yn dilyn cyngor fy meddyg(on) ynghylch triniaeth ar gyfer y cyflwr hwn (cyflyrau hyn).
- Byddaf yn mynychu, lle bo angen, apwyntiadau i fonitro fy nghyflwr (nghyflyrau).
- Byddaf yn hysbysu DVLA os byddaf yn ymwybodol bod fy nghyflwr yn gwaethygu.
- Byddaf yn hysbysu DVLA os byddaf yn datblygu unrhyw gyflwr meddygol arall a allai effeithio ar fy ngallu i yrru'n ddiogel.

Ydych chi'n cytuno i gadw at y datganiadau uchod?

Ydw       Nac   
ydw

Cadarnhaf fod yr atebion rwyf wedi'u rhoi o fewn yr holiadur meddygol ac yn y datganiad yn wir.

Cytunaf hefyd y byddaf yn eich hysbysu os bydd unrhyw ran o'r wybodaeth a roddwyd yn newid.

Enw (llythrennau bras) \_\_\_\_\_

Llofnod \_\_\_\_\_

Dyddiad     
|

## **Awdurdodiad yr ymgeisydd**

Mae'n **rhaidd** ichi lenwi'r adran hon ac mae'n **rhaidd** ichi **beiddio** â'i newid mewn unrhyw fodd. Darllenwch y datganiad canlynol yn ofalus a llofnodwch i gadarnhau y datganiadau isod.

### **Gwybodaeth bwysig am ffitrwydd i yrru**

- Fel rhan o'r ymchwiliad i'ch ffitrwydd i yrru, gallem (DVLA) ofyn ichi gael archwiliad meddygol a/neu ryw ffurf o asesiad ymarferol. Os byddwn, bydd angen eich manylion meddygol cefndirol ar yr unigolion fydd yn ymwneud â'r rhain i gynnal asesiad priodol.
- Gallai'r unigolion hyn gynnwys meddygon, orthoptyddion mewn clinigau llygaid neu staff parafeddygol mewn canolfan asesu gyrru. Byddwn yn rhyddhau gwybodaeth sy'n berthnasol i asesiad meddygol eich ffitrwydd i yrru yn unig.
- Hefyd, lle bydd amgylchiadau eich achos yn ymddangos eu bod yn awgrymu'r angen am hyn, efallai bydd angen ystyried y wybodaeth feddygol berthnasol gan un neu fwy o aelodau Paneli Ymgynghorol Meddygol yr Ysgrifennydd Gwladol. Mae aelodaeth y Paneli hyn yn cydymffurfio'n gaeth ag egwyddor cyfrinachedd.

Am wybodaeth bellach ynghylch sut rydym yn prosesu eich data, eich hawliau a gyda phwy y dylech gysylltu, gweler ein hysbysiad preifatrwydd yn [www.gov.uk/government/publications/dvla-privacy-policy](http://www.gov.uk/government/publications/dvla-privacy-policy)

### **Mae'n rhaidd PEIDIO â newid yr adran hon mewn unrhyw fodd.**

#### **Datganiad**

Rwy'n awdurdodi fy meddyg, arbenigwr neu weithiwr gofal iechyd proffesiynol priodol i ryddhau gwybodaeth neu adroddiadau meddygol am fy nghyflwr iechyd sy'n berthnasol i'm ffitrwydd i yrru ar ran yr Ysgrifennydd Gwladol dros Drafndiaeth.

Deallaf y gall y meddyg rwyf yn ei awdurdodi basio'r awdurdodiad hwn i weithiwr gofal iechyd proffesiynol cofrestredig arall, a fydd yn gallu darparu gwybodaeth am fy nghyflwr meddygol sy'n berthnasol i'm ffitrwydd i yrru. Deallaf y gall yr Ysgrifennydd Gwladol ddatgelu gwybodaeth feddygol berthnasol o'r fath fel y bo angen i'r ymchwiliad o'm ffitrwydd i yrru i feddygon ac i weithwyr gofal iechyd proffesiynol megis orthoptyddion, staff parafeddygol ac aelodau o'r panel Ymgynghorol Meddygol yr Ysgrifennydd Gwladol.

Rwy'n datgan fy mod wedi gwirio'r manylion rwyf wedi'u nodi ar yr holiadur amgaeedig ac, hyd eithaf fy ngwybodaeth a chred, maent yn gywir.

“Deallaf ei bod yn drosedd os byddaf yn gwneud datganiad ffug i gael trwydded yrru a gall arwain at erlyniad.”

Enw: \_\_\_\_\_

Llofnod: \_\_\_\_\_ Dyddiad: \_\_\_\_\_

#### **Awdurdodaf yr Ysgrifennydd Gwladol i ohebu â gweithwyr gofal iechyd proffesiynol drwy e-bost**

Ydw  Nac ydw

Os hoffech inni gysylltu â chi am eich cais drwy e-bost neu neges testun (SMS), ticiwch y blychau priodol (isod). Os na, bydd y DVLA yn parhau i gysylltu â chi drwy'r post.

#### **Awdurdodaf gynrychiolydd yr Ysgrifennydd Gwladol i gysylltu â fi drwy E-bost neu Destun SMS mewn perthynas â'r cais hwn (Ticiwch):**

E-bost  Ydw  Nac ydw

SMS (Testun)  Ydw  Nac ydw



**Noder:** cwblhewch a dychwelwch holl dudalennau'r holiadur meddygol hwn a'r ffurflen awdurdodiad. Os na wnewch chi roi'r holl wybodaeth sydd ei hangen arnom, gan gynnwys enw llawn, cyfeiriad a rhif ffôn eich Meddyg Teulu/Ymgynghorydd, yna bydd oedi gyda'ch cais.

Defnyddiwch y manylion cyswllt isod i ddychwelyd eich holiadur meddygol wedi'i gwblhau i  
**Grŵp Meddygol Gyrwyr**

**Drwy'r Post:**

Grŵp Meddygol Gyrwyr,  
DVLA,  
Abertawe.  
SA99 1DF

**E-bost:** [eftd@dvla.gov.uk](mailto:eftd@dvla.gov.uk)

Cadwch y dudalen hon i gyfeirio ati yn y dyfodol.

Ewch i  
[www.gov.uk/browse/driving](http://www.gov.uk/browse/driving)  
am fynediad hawdd a chyflym  
i'n gwasanaethau ar-lein  
**Arbedwch amser**  
ac ewch ati ar-lein nawr