

Gwybodaeth meddygol  
gyfrinachol  
D I Z 1 W

**DIZ1W**  
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 \_\_\_\_\_  
(Opsiydol) (Opsiydol)

E-bost \_\_\_\_\_  
(Opsiydol)

---

**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**

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

1. Ydych chi yn ystod y 12 mis diwethaf wedi cael unrhyw byliau o Ydw  Nac   
benysgafnder difrifol? *Os Nac ydw, ewch i Gwestiwn 5*

Os Ydw, rhowch ddyddiadau: 

--	--	--

**Cyntaf**

--	--	--

**Diwethaf**

--	--	--

**Arall**

2. Os ydych yn ei wybod, rhowch yr achos
- |                           |     |                          |    |                          |
|---------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|
| a) Labrynthitis           | Ydw | <input type="checkbox"/> | Na | <input type="checkbox"/> |
| b) Clefyd Meniere         | Ydw | <input type="checkbox"/> | Na | <input type="checkbox"/> |
| c) Fertigo                | Ydw | <input type="checkbox"/> | Na | <input type="checkbox"/> |
| d) Meigrin                | Ydw | <input type="checkbox"/> | Na | <input type="checkbox"/> |
| e) Arall, rhowch fanylion |     |                          |    |                          |
- 

- 3a. Ydy'r pyliau yn eich anablu? Ydyn  Na
- 3b. Ydych chi'n cael eich rhybuddio am y pyliau bob tro? Ydw  Na
- 3c. Os Ydw i gwestiwn 3b, a fydddech chi'n cael digon Byddem  Na   
o amser i stopio eich cerbyd yn ddiogel?
4. Ydych chi wedi neu ydych chi'n derbyn triniaeth i reoli'r pyliau? Ydw  Na

Enw'r feddygyniaeth

5. Ydych chi erioed wedi cael blacowt? Ydw  Na
- Os Ydw, rhowch ddyddiad y blacowt 

--	--	--

6. Rhowch ddyddiadau isod o unrhyw ymgynghoriadau ffôn, fideo neu wyneb yn wyneb am y cyflwr hwn:

	<b>Meddyg</b>	<b>Ymgynghorydd</b>						
Dyddiad y cyswllt diwethaf	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
Dyddiad yr cyswllt nesaf	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			

## **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.cy](http://www.gov.uk/government/publications/dvla-privacy-policy.cy)

**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



Driver & Vehicle Licensing Agency  
Asiantaeth Trwyddedu Gyrwyr a Cherbydau

**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**



CSE

