
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 oes angen cymorth arnoch i lenwi'r ffurflen hon, siaradwch â'ch meddyg

1. Yn ystod y 3 blynedd diwethaf, a ydych chi wedi bod ar raglen Ydw Nac
driniaeth ar gyfer cyffuriau? e.e. buprenorphine, methadone,
naltrexone ar gyfer dibyniaeth ar gyffuriau opioid ydw

Os Ydw, rhowch ddyddiad dechrau a gorffen (os yn berthnasol) y driniaeth

Dyddiad dechrau		Dyddiad gorffen	
Mis	Blwyddyn	Mis	Blwyddyn
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Yn ystod y 3 blynedd diwethaf, ydych chi wedi bod ar raglen Ydw Nac
driniaeth cyffuriau ar gyfer unrhyw broblemau eraill sy'n
gysylltiedig â chyffuriau? e.e. cannabis ydw

Os Ydw, nodwch enw'r cyffur(iau) _____

Rhowch ddyddiad dechrau a gorffen (os yn berthnasol) y driniaeth

Dyddiad dechrau		Dyddiad gorffen	
Mis	Blwyddyn	Mis	Blwyddyn
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Os Ydw i naill ai gwestiwn 1 neu 2, rhowch enw a chyfeiriad eich meddyg/ymgyngorydd yn y clinig.

Enw _____

Cyfeiriad _____

	Mis	Blwyddyn
Dyddiad y cyswllt diwethaf	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Yn ystod y 3 blynedd diwethaf, ydych chi wedi defnyddio unrhyw un o'r cyffuriau canlynol: (Nodwch pa gyffuriau a rhowch y wybodaeth y gofynnir amdani)

	Ydw	Dyddiad y defnyddiwyd cyntaf Mis/Blwyddyn	Dyddiad y defnyddiwyd diwethaf Mis/Blwyddyn	Faint? (faint a ddefnyddiwyd)	Pa mor aml? (yr wythnos/mis)
a) Heroin?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Morffin?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Os Ydw, a yw'r morffin ar bresgripsiwn?				Ydy <input type="checkbox"/>	Nac <input type="checkbox"/>
c) Methadon neu buprenorphine heb fod ar bresgripsiwn?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Cocên/Crac Cocên?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e) Methamffetamin/ Crisialau Meth?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f) Benzodiazepinau? (e.e. Diazepam/ Temazepam)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Os Ydw, a yw'r benzodiazepinau ar bresgripsiwn?

Ydyn Nac

ydyn

	Ydw	Dyddiad y defnyddiwyd cyntaf Mis/Blwyddyn	Dyddiad y defnyddiwyd diwethaf Mis/Blwyddyn	Faint? (faint a ddefnyddiwyd)	Pa mor aml? (yr wythnos/mis)
g) Cannabis?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
h) Amffetamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
i) Ecstasi (MDMA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
j) LSD?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
k) Cetamin?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
l) Cyffuriau anghyfreithlon/stryd eraill?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Os Ydw, nodwch enw'r cyffur(iau)

m) Anterth cyfreithlon
 neu anghyfreithlon?

Os Ydw, rhwch enw'r cyffur(iau) _____

n) Gludion?

Os Ydw, rhwch enw'r cyffur(iau) _____

5. Yn ystod y 3 blynedd diwethaf, ydych chi wedi cael damwain/anaf, gan gynnwys damwain traffig ar y ffordd, o ganlyniad i gamddefnyddio cyffuriau? Ydw Nac
 ydw

6. Yn ystod y 3 blynedd diwethaf, ydych chi wedi cael problem gyda'ch teulu/gwaith neu fywyd cartref o ganlyniad i gamddefnyddio cyffuriau? Ydw Nac
 ydw

7. A ydych chi wedi cael unrhyw gyflyrau meddygol a achoswyd gan gamddefnyddio cyffuriau? Ydw Nac
 ydw

8. Ydych chi erioed wedi cael unrhyw ffitiau, trawiadau neu flacowts? Ydw Nac
 ydw

a) Nodwch ddyddiad yr episod diweddaraf. Dyddiad

Os Ydw, rhwch enw a chyfeiriad y meddyg y dylem gysylltu â hwy am wybodaeth bellach.

Enw _____

Cyfeiriad _____

Dyddiad y
 cyswllt
 diwethaf

Mis	Blwyddyn

9. Yn ystod y 3 blynedd diwethaf, ydych chi wedi dibynnu ar alcohol yn rheolaidd neu ei gamddefnyddio? Ydw Nac
ydw

Os Ydw, rhowch enw a chyfeiriad y meddyg y dylem gysylltu â hwy am wybodaeth bellach.

Enw _____

Cyfeiriad _____

	Mis	Blwyddyn
Dyddiad y cyswllt diwethaf	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. Yn ystod y 3 blynedd diwethaf, ydych chi wedi cael unrhyw broblemau iechyd meddwl? Ydw Nac
ydw

Os Ydw, rhowch enw a chyfeiriad y meddyg y dylem gysylltu â hwy am wybodaeth bellach.

Enw _____

Cyfeiriad _____

	Mis	Blwyddyn
Dyddiad y cyswllt diwethaf	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datganiad gyrrwr: Rwyf yn datgan fy mod wedi gwirio'r manylion a roddwyd a hyd eithaf fy ngwybodaeth a'm cred, maent yn gywir.

Nodwch y gall atebion anghyflawn arwain at oedi.

Llofnod: _____

Dyddiad: _____

Awdurdodiad 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.

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

Mae'n rhaid 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

Cadwch y dudalen hon i gyfeirio ati yn y dyfodol.

Ewch i
www.gov.uk/browse/driving
am fynediad hawdd a chyflym
i'n gwasanaethau ar-lein
Arbedwch amser
ac ewch ati ar-lein nawr

