

**RHAN A: AMDANOCH CHI**

Atebwch y cwestiynau ar y ffurflen hon mewn **LLYTHRENNAU BRAS** gan ddefnyddio **INC DU**

Teitl:                      Cyfenw:                       Dyddiad Geni:

(Mr, Mrs, Miss, Arall?)

Enw(au) Cyntaf:                       Rhif   
Gyrrwr: (os gwybodir)

Cyfeiriad   
  
  
  
Cod Post

Rhif(au) Ffôn:   
Cartref   
Symudol   
E-bost

**RHAN B: AM EICH MEDDYG TEULU A'CH YMGYNGHORYDD**

**Enw a chyfeiriad y Meddyg Teulu**

Dr	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cod Post	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Rhif ffôn (yn cynnwys y cod ardal)

**Enw a chyfeiriad yr Ymgynghorydd**

Teitl	<input type="text"/>
Adran	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cod Post	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Rhif ffôn (yn cynnwys y cod ardal)

Y dyddiad y'ch gwelwyd diwethaf gan y Meddyg Teulu (Am y cyflwr hwn)

Y dyddiad y'ch gwelwyd diwethaf gan yr Ymgynghorydd (Am y cyflwr hwn)

Os oes gennych fwy nag un Ymgynghorydd rhowch eu henwau a'u cyfeiriadau ar ddalen ar wahân.

Ebost y Meddyg Teulu: (os gwybodir)

Ebost yr Ymgynghorydd (os gwybodir)

Rhif GIG (os gwybodir)

**Rhan C: rhowch fanylion clinigau eraill yr ydych yn mynychu**

Enw'r clinig a'r adran	Rheswm am fynychu	Dyddiad gwelwyd diwethaf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr: <input type="text"/>		

**\*\*\*GWYBODAETH BWYSIG I CHI DDARLLEN\*\*\***

Mae'n ofynnol i yrwyr y mae eu diabetes wedi'i reoli â thabledi penodol fodloni safon feddygol uwch cyn y gellir cyhoeddi trwydded Grŵp 2. Gellir gweld rhestr o'r tabledi isod. Nid yw hon yn rhestr gynhwysfawr ac os ydych chi'n ansicr pa feddyginiaeth rydych chi'n ei chymryd, **dylech drafod hyn gyda'ch meddyg.**

**Ydych chi'n cymryd unrhyw un o'r tabledi canlynol**

**Sulphonylureas sy'n cynnwys:**

*Chlorpropamide*

*Glibenclamide* a elwir hefyd yn  
*Euglucon*

*Gliclazide* a elwir hefyd yn  
*Diamicron,*  
*Diamicron MR* neu *Zicron*

*Glimepiride* a elwir hefyd yn *Amaryl*

*Glipizide* a elwir hefyd yn *Minodab*  
a *Glibenese*

*Tolbutamide*

**Glinides sy'n cynnwys:**

*Nateglinide* a elwir hefyd yn *Starlix*

*Repaglinide* a elwir hefyd yn *Prandin*

**Efallai y byddwn yn ysgrifennu at eich Meddyg Teulu i gadarnhau'r wybodaeth rydych wedi'i darparu.**

Os **na all** eich meddyg teulu gadarnhau eich bod yn gwirio'ch glwcos (siwgr) yn y gwaed ddwywaith y dydd, ar adegau sy'n berthnasol i yrru (dim mwy na 2 awr cyn dechrau eich siwrnai gyntaf a phob 2 awr wrth yrru cerbydau Grŵp 2) a'ch bod yn cario carbohydradau sy'n gweithredu'n gyflym, **gellir gwrthod eich cais neu gellir dirymu'ch trwydded bws a/neu lori**

**TROWCH DROSODD AC ATEBWCH Y CWESTIYNAU AM EICH DIABETES**

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

Os ydych chi'n ansicr o unrhyw atebion, rydym yn eich cynghori i drafod y ffurflen hon gyda'ch Meddyg.

**Peidiwch ag anfon eich mesurydd cof glwcos yn y gwaed i DVLA**

1. Dywedwch wrthym enw(au) yr **holl** feddyginiaeth rydych chi'n ei chymryd i drin eich diabetes a'r dyddiad y dechreuodd y driniaeth.

Mis	Blwyddyn
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Dywedwch wrthym y math o ddiabetes sydd gennych:

Math 2	Arall
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Os "Arall", rhowch fanylion:

---

3. Ydych chi wedi cael pwl o hypoglycemia difrifol yn y 12 mis diwethaf?

*(Diffinnir hypoglycemia difrifol fel pwl lle mae angen cymorth person arall arnoch.*

***Peidiwch â chyfrif achosion lle cawsoch gymorth ond gallech fod wedi helpu'ch hun.)***

Do	Naddo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Os Do, rhowch ddyddiadau'r **holl** achosion:

Mis	Blwydd yn
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mis	Blwydd yn
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mis	Blwydd yn
<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Os ydych chi wedi ateb Do i gwestiwn 3, ewch ymlaen i gwestiwn 4.*

*Os nad ydych chi erioed wedi cael pwl o hypoglycemia (difrifol neu ddim yn ddifrifol) ewch ymlaen i gwestiwn 6*

4. Pan fydd eich glwcos (siwgr) yn y gwaed yn dechrau disgyn a'ch bod yn effro, a ydych chi'n cael symptomau rhybudd bob amser?

Ydw	Nac Ydw
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Os ydych chi'n cael hypoglycemia, a yw pobl eraill yn ymwybodol o'ch symptomau cyn eich bod chi?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Parhad**

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

## VDIABISGW

*I fodloni'r safonau ffitrwydd meddygol i yrru Grŵp 2 (lori neu fws) presennol, rhaid i ymgeisydd neu ddeiliad trwydded sydd â diabetes sy'n cael ei drin â Sulphonylurea neu Glinide wirio eu lefel glwcos (siwgr) yn y gwaed o leiaf ddwywaith y dydd ac ar adegau sy'n berthnasol i yrru. Dylai ef/hi hefyd gadw cyflenwad o garbohydrad sy'n gweithredu'n gyflym fel fferins neu ddiod glwcos o fewn cyrraedd hawdd yn y cerbyd.*

***Gall methu â gwneud hynny arwain at ddirymu neu wrthod eich trwydded Grŵp 2***

- |   | Ydw                      | Nac ydw                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. a) A ydych chi'n gwirio'ch glwcos (siwgr) yn y gwaed o leiaf ddwywaith y dydd?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) A ydych chi'n gwirio'ch lefelau glwcos (siwgr) yn y gwaed ar adegau sy'n berthnasol i yrru?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) A fyddwch chi, yn y dyfodol, yn profi eich glwcos (siwgr) yn y gwaed o leiaf ddwywaith y dydd ac ar amseroedd sy'n berthnasol i yrru, wrth Yrru cerbydau Grŵp 2? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **Datganiad i'w lofnodi gan bob ymgeisydd sydd â diabetes sy'n cael ei drin â sulphonylurea neu glinide**

Rwy'n datgan y byddaf yn:

- cydymffurfio â chyfarwyddiadau'r meddygon sy'n trin fy niabetes
- adrodd ar unwaith i DVLA am unrhyw newidiadau sylweddol yn fy nghyflwr
- monitro fy nghyflwr yn rheolaidd ac yn benodol yn monitro glwcos (siwgr) yn y gwaed o leiaf ddwywaith y dydd ac ar adegau sy'n berthnasol i yrru (dim mwy na 2 awr cyn dechrau'r **siwrnai gyntaf a phob 2 awr wrth yrru cerbydau Grŵp 2**).
- cadw carbohydrad sy'n gweithredu'n gyflym fel fferins neu ddiod glwcos, o fewn cyrraedd hawdd wrth yrru.

Enw (Printiwch) _____	Dyddiad _____
Llofnod _____	Dyddiad _____

- |  | Oes                      | Nac Oes                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. a) A oes angen i chi yrru cerbyd sydd â rheolyddion arbennig neu gerau awtomatig ar gyfer cerbydau Grŵp 1? ( <i>Ceir a Beiciau Modur</i> )                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) A oes angen i chi yrru cerbyd sydd â rheolyddion arbennig neu gerau awtomatig ar gyfer cerbydau Grŵp 2? ( <i>Bws, Lori, Cerbydau maint canolig dros 3500kg a Bws Mini</i> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

***Parhad***

Enw: _____	Dyddiad Geni: _____	Cyf: _____
Rhif Gyrrwr: _____		

## VDIABISGW

8. a) A allwch chi ddarllen plât rhif o 20 medr mewn golau da gyda sbectol neu lensys cywiro os ydych yn eu gwisgo? Gallaf  Na allaf
- b) A yw'ch meddyg neu optegydd wedi'ch cynghori **nad yw** eich golwg yn bodloni'r safonau gofynnol ar gyfer gyrru **ar hyn o bryd**? Rhaid cyflawni craffter golwg o 6/12 (0.5 degol) neu'n well gyda chymorth sbectol neu lensys cyffwrdd os oes angen. Ydy  Nac ydy
- c) A oes angen i chi wisgo sbectol neu lensys cyffwrdd i fodloni'r safon golwg safonol i yrru ceir neu feiciau modur? Oes  Nac oes
- d) A yw'ch meddyg neu optegydd wedi'ch cynghori **nad yw** eich golwg yn bodloni'r safonau gofynnol ar gyfer gyrru galwedigaethol **ar hyn o bryd**? Rhaid cyflawni craffter golwg o 6/7.5 (0.8) o leiaf yn y llygad gwell a 6/60 (0.1) yn y llygad arall gyda chymorth sbectol neu lensys cyffwrdd os oes angen. Ydy  Nac ydy
- e) A oes angen i chi wisgo sbectol neu lensys cyffwrdd i fodloni'r safon golwg gyfreithiol i yrru bws neu lori? Oes  Nac oes
- f) Ydych chi wedi cael prawf llygaid yn y 6 mis diwethaf? Ydw  Nac ydw
9. a) A ydych chi wedi colli'ch golwg yn llwyr mewn un llygad? Ydw  Nac ydw
- b) Os Ie, nodwch ddyddiad y golled. Mis  Blwyddyn
10. A oes gennych chi unrhyw un o'r cyflyrau isod sy'n effeithio ar y naill lygad neu'r llall?
- Os Oes, ticiwch y blwch priodol sy'n nodi pa lygad sydd wedi'i effeithio
- a) A oes gennych chi gataractau ar hyn o bryd? Llygad Chwith  Llygad Dde
- b) A ydych chi wedi cael triniaeth laser neu bigiadau ar gyfer clefyd llygaid diabetig?

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

## VDIAB1SGW

c) Nodwch y dyddiad y cawsoch driniaeth laser neu bigiad ddiwethaf.

Diwrnod	Mis	Blwyddyn

11. Nodwch y dyddiad y gwnaethoch ymgynghori â'ch Meddyg Teulu/Nyrs Practis neu Feddyg Ymgynghorol ynghylch eich diabetes ddiwethaf

	Diwrnod	Mis	Blwyddyn
<b>Meddyg Teulu/Nyrs Practis:</b>			

	Diwrnod	Mis	Blwyddyn
<b>Meddyg Ymgynghorol:</b>			

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

### Caniatâd i ryddhau gwybodaeth feddygol

**Pwysig:** Darllenwch y wybodaeth ganlydol yn ofalus a llofnodwch a dyddiwch y datganiad isod a dychwelyd y ffurflen ganiatâd gyda'ch holiadur. Ni allwn fwrw ymlaen â'r ymholiadau i'ch ffitrwydd i yrru hyd nes y byddwn yn derbyn eich dau holiadur wedi'i gwblhau a'r ffurflen ganiatâd.

- Rydym wedi gofyn i chi am eich caniatâd i ryddhau adroddiadau meddygol gan eich meddygon gan y byddwn o bosib angen gwybodaeth bellach.
- Fel rhan o'r ymchwiliad i'ch ffitrwydd i yrru, efallai y bydd DVLA angen i chi gael archwiliad meddygol neu ryw fath o asesiad ymarferol. Dan yr amgylchiadau hyn, bydd y personél cysylltiedig angen manylion eich cefndir meddygol i gynnal asesiad priodol a digonol.
- Gall personél o'r fath gynnwys Meddygon, Orthoptwyr, Staff Parameddygol neu Swyddogion yr Ysgrifennydd Gwladol. Dim ond gwybodaeth berthnasol i'r asesiad o'ch ffitrwydd i yrru bydd yn cael ei ryddhau.
- Pe byddai amgylchiadau eich achos yn ymddangos yn rhai eithriadol, byddai angen i'r wybodaeth feddygol berthnasol gael ei hystyried gan Baneli Ymgynghorol Meddygol Anrhydeddus yr Ysgrifennydd Gwladol. Mae aelodau'r Paneli hyn yn cydymffurfio'n gaeth â'r egwyddor o gadw cyfrinachedd.

Defnyddir pob data a gedwir gan DVLA ar gyfer gwerthuso mewnol o ansawdd ein gwasanaethau.

**NI ddylai'r adran hon gael ei newid mewn unrhyw fodd.**

#### Caniatâd a Datganiad

Rhoddaf yr hawl i fy Meddyg(on) ac Arbenigwr(wyr) i ryddhau adroddiadau/gwybodaeth feddygol am fy nghyflwr ynghylch fy ffitrwydd i yrru, i ymgynghorydd meddygol yr Ysgrifennydd Gwladol.

Rhoddaf yr hawl i'r Ysgrifennydd Gwladol ddatgelu'r wybodaeth feddygol berthnasol angenrheidiol i'r ymchwiliad i fy ffitrwydd i yrru, i Feddygon, Orthoptwyr, Staff Parameddygol neu Swyddogion yr Ysgrifennydd Gwladol.

Rwy'n datgan fy mod wedi gwirio'r manylion a roddwyd gennyf ar yr holiadur amgaeedig, a'u bod, hyd y gwn i ac i'm credo, yn gywir.

“Deallaf fy mod yn cyflawni trosedd os gwnaf ddatganiad ffug er mwyn cael trwydded yrru a gall hynny arwain at erlyniad.”

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

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

**Rwyf yn awdurdodi'r Ysgrifennydd Gwladol i:**

**Hysbysu fy Meddyg(on) o ganlyniad fy achos** Ydw  Nac ydw

**Rhyddhau gwybodaeth feddygol, a geir ei ddarganfod yn ystod yr ymchwiliad i'm ffitrwydd i yrru, i fy Meddyg/Meddygon** Ydw  Nac ydw

Os hoffech gael ei gysylltu ynghylch eich cais drwy e-bost neu neges destun (SMS), ticiwch y blychau priodol (isod). Os na, bydd y DVLA yn parhau i gysylltu gyda chi drwy'r post.

Rwy'n awdurdodi i gynrychiolydd yr Ysgrifennydd Gwladol i gysylltu gyda mi drwy e-bost neu neges destun SMS mewn perthynas â'r cais hwn (Ticiwch os gwelwch yn dda):

**E-bost**  Ydw  Na **SMS (Neges destun)**  Ydw  Na

Os ydych yn ticio naill ai un o'r opsiynau, bydd y DVLA yn cysylltu gyda chi gan ddefnyddio darparwr gwasanaeth allanol ynghylch y cais hwn yn unig. Ni fydd eich manylion e-bost neu ffôn symudol yn cael eu rhoi i unrhyw Drydydd Parti arall, neu'n cael eu defnyddio ar gyfer dibenion marchnata.

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

**Noder:** cwblhewch a dychwelwch holl dudalennau'r holiadur meddygol hwn (1-7) ynghyd a'r caniatâd / datganiad. Os na wnewch roi'r holl wybodaeth sydd angen arnom yn cynnwys enw llawn, chyfeiriad a rhif ffôn eich meddyg teulu / Ymgynghorydd, yna bydd oedi mewn delio a'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 (8) ar gyfer y dyfodol

**Dewch o hyd i wybodaeth am  
wasanaethau ar-lein DVLA  
Ewch i : [www.gov.uk/browse/driving](http://www.gov.uk/browse/driving)**

