



Gwybodaeth feddygol gyfrinachol

RHAN A: AMDANOCH CHI

Atebwch y cwestiynau ar y ffurflen hon mewn **LLYTHRENAU 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'CHYMGYNGHORYDD

Enw a chyfeiriad y Meddyg Teulu

Dr:

Cod post:

Enw a chyfeiriad yr Ymgynghorydd

Teitl:
Adran:

Cod post:

Rhif ffôn: (*yn cynnwys y codardal*)

Rhif ffôn: (*yn cynnwys y codardal*)

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.

E-bost y Meddyg Teulu (*os gwybodir*)

E-bost yr Ymgynghorydd (*os gwybodir*)

Rhif GIG (*os gwybodir*)

RHAN C: Rhowch fanlyon clinigau eraill yr ydych chi'n 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: CYFEIRNOD:
RHIF GYRRWR:



Holiadur i asesu eich ffitrwydd meddygol i yrru

1. Rhowch dic yn y blwch (blychau) priodol os ydych wedi dioddef un o'r rhain erioed:
 - a) Tyfiant ar yr ymennydd (gan gynnwys systiau & thyfiannau Dyddiad
pitwïdol
Nodwch y manylion _____
 - b) Gwaedlif ar yr ymennydd (gan gynnwys isarachnodaidd, Dyddiad
ymlediad & AVM)
Nodwch y manylion _____
 - c) Niwed difrifol i'r pen oedd yn galw am driniaeth claf mewnol Dyddiad
Nodwch y manylion _____
 - d) Unrhyw gyflwr arall Dyddiad
Os ydyw wedi'i dicio,
nodwch y manylion _____
 - e) Nodwch ddyddiad unrhyw lawdriniaeth ar Amherthnasol Dyddiad
yr ymennydd
2. Pwy weloch chi ddiwethaf ar gyfer trin y cyflwr hwn **MT** **Ymgynghorydd**

- a) Nodwch y dyddiadau a ganlyn

| | MT | Ymgynghorydd |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| Dyddiad yr apwyntiad diwethaf | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dyddiad yr apwyntiad nesaf | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

3. Ydych chi erioed wedi cael llawdriniaeth i fewnosod neu adolygu siynt VP neu ddraen fentriglaidd allanol ? Ydw Na

Os Ydw, nodwch y dyddiad Dyddiad
4. Ydych chi erioed wedi dioddef blacowt/newid lefel ymwybyddiaeth? Ydw Na

Os Ydw, nodwch y dyddiad Dyddiad
5. Ydych chi erioed wedi dioddef unrhyw fath o drawiad neu byliau epileptig? Ydw Na

Maellawerdisgrifiadi byliau epileptigac maentycynnwys ffitiau, confylsionau a thrawiadau. Gallepilepsi ddigwydd hefyd fel rhagarwyddion teimladau neu flas rhyfedd, absenoldebau neu gyfnoddau gweigion, aelodau yn gwingo neu'n plycio. Gallant ddigwydd pan fyddwch ynghwsg neu'neffro.

Trawiad cyntaf erioed
Os ydych yn gosod tic yma ewch i G6

Mwy nag un trawiad erioed neu epilepsi
Os ydych yn gosod tic yma ewch i G7

| | | |
|---|---------------|------------|
| ENW: | DYDDIAD GENI: | CYFEIRNOD: |
| RHIF GYRRWR: <input style="width: 50%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> | | |

B1VW

6. Trawiad cyntaf erioed

Nodwch ddyddiad y trawiad

Dyddiad

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Nodwch y
manylion:

7. Mwy nag un trawiad erioed neu epilepsi

Nodwch y dyddiadau a ganlyn

| Effro | | | | Ynghwsg | | | |
|-------|---|---------|----|---------|---|--|--|
| a) | Trawiad cyntaf tra'n effro | | | c) | Trawiad cyntaf tra ynghwsg | | |
| b) | Y 2 drawiad diwethaf tra'n effro | | | d) | Y 2 drawiad diwethaf diwethaf tra ynghwsg | | |
| e) | Os ydych wedi dioddef pwl tra'n effro ac ynghwsg, nodwch ddyddiad y pwl cyntaf tra ynghwsg ar ôl pwl diwethaf tra'n effro | Dyddiad | | | | | |
| f) | Ydych chi erioed wedi cael dau neu fwy o drawiadau mewn cyfnod o 5 mlynedd? | Ydw | Na | | | | |
| g) | Ydych chi ar feddyginiaeth gwrth-epileptig ar hyn o bryd? | Ydw | Na | | | | |
| h) | Os nad ydych yn cael eich trin yn awr, nodwch y dyddiad daeth y driniaeth i ben | Dyddiad | | | | | |
| i) | A yw eich trawiadau wedi effeithio erioed ar lefel eich ymwybyddiaeth? Os ydynt, ewch i G7j, os na, ewch i G7k | Ydynt | Na | | | | |
| j) | A yw eich trawiadau wedi peri trafferth erioed wrth reoli cerbyd? Os na i G7k neu G7j, rhowch ddisgrifiad llawn o'r pwl. | Ydynt | Na | | | | |
| k) | Oedd eich trawiad diwethaf yn ganlyniad i gyngor gan eich meddyg naill ai iroi'r gorau i, i leihau neu newid eich meddyginiaeth epilepsi? Os ydych wedi ateb na i G7k ewch i G7l | Yes | No | | | | |
| (i) | Nodwch y dyddiad y dechreusoch leihau/newid eich meddyginiaeth | Dyddiad | | | | | |
| (ii) | A yw'r feddyginiaeth oedd gynt yn effeithiol wedi ei haildechrau? | Ydw | Na | | | | |
| (iii) | Nodwch ddyddiad aildechrau'r feddyginiaeth oedd gynt yn effeithiol | Dyddiad | | | | | |
| (iv) | Nodwch ddyddiad eich trawiad diwethaf cyn rhoi'r gorau i'r feddyginiaeth neu leihau meddyginiaeth y trawiad | Dyddiad | | | | | |

| | | |
|--------------|---------------|------------|
| ENW: | DYDDIAD GENI: | CYFEIRNOD: |
| RHIF GYRRWR: | | |

B1VW

- l) Os ydych wedi derbyn cyngor gan eich meddyg bod eich trawiad wedi ei achosi, nodwch fanylion amgylchiadau'r trawiad a'r ffactor oedd wedi ei achosi

Cwblhewch y datganiad isod os yn briodol

| | |
|---|----------------|
| Datganiad | |
| Rhaid llofnodi'r datganiad hwn os ydych wedi cael diagnosis o epilepsi neu wedi cael mwy nag trawiad | |
| Yr wyf yn cytuno | |
| <ul style="list-style-type: none">• ddilyn cyngor fy meddyg(on) ynghylch triniaeth am y cyflwr hwn• i fynychu, pan fo angen, apwyntiadau i fonitro fy nghyflwr• i roi gwybod i'r DVLA os byddaf yn dioddef pyliau pellach | |
| Llofnod: _____ | Dyddiad: _____ |

8. Rhowch enw unrhyw feddyginaeth yr ydych yn/wedi ei gymryd

Heb gymryd |
meddyginaeth

| Enw'r meddyginaeth |
|--------------------|
| |
| |
| |

| Dyddiad dechrau | | |
|-----------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

| Dyddiad gorffen | | |
|-----------------|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

- a) A yw eich meddyginaeth yn eich gwneud yn gysglyd neu'n ddryslyd wrth yrru?

| | | |
|-----|--|----|
| Ydy | | Na |
| Oes | | Na |

9. Oes angen cymorth arnoch gan berson arall ynghylch eich bywyd o ddydd i ddydd?

Os oes, nodwch fanylion sut maent yn eich helpu

| |
|--|
| |
| |

10. Oes gennych chi olwg dwbl (diplopia)?

| | | |
|-----|--|----|
| Oes | | Na |
|-----|--|----|

Os oes, atebwch y cwestiynau a ganlyn.

Os na, ewch i G11

- a) A yw eich golwg dwbl wedi ei ffrwyno neu dan reolaeth?

| | | |
|-----|--|----|
| Ydy | | Na |
|-----|--|----|

| | | |
|--------------|---------------|------------|
| ENW: | DYDDIAD GENI: | CYFEIRNOD: |
| RHIF GYRRWR: | | |

B1VW

- b) Os ydy, sut ydych chi'n sicrhau bod eich golwg dwbl wedi ei ffrwyno neu dan reolaeth pan fyddwch yn gyrru?

| | |
|------|-------|
| Pats | Prism |
|------|-------|

| |
|--|
| |
|--|
- Sbectol/Lensys

| |
|-------|
| Arall |
|-------|

| |
|--|
| |
|--|

Os 'arall' nodwch y manylion _____

11. A yw eich cyflwr wedi peri problemau gyda'ch golwg?

| |
|-----|
| Ydy |
|-----|

| |
|----|
| Na |
|----|

Os ydyw, rhowch enw'r cyflwr a sut mae'n effeithio arnoch _____

12. Oes arnoch angen gyrru cerbyd sydd ag offer rheoli arbennig neu drawsyrant awtomatig ar gyfer cerbydau Grŵp 1? (*Ceir a Beiciau modur*) neu gerbydau Grŵp 2 (*Bysiau a Loriau*)?

| |
|-----|
| Oes |
|-----|

| |
|----|
| Na |
|----|

Os oes, nodwch Grŵp 1

| |
|--|
| |
|--|

 Grŵp 2

| |
|--|
| |
|--|

- a) Ydych chi wedi dweud wrthym o'r blaen bod arnoch angen offer rheoli arbennig neu drawsyrant awtomatig?

| |
|-----|
| Ydw |
|-----|

| |
|----|
| Na |
|----|

- b) Ers i'r drwydded ddiweddaraf gael ei chyflwyno, oes unrhyw offer rheoli ychwanegol wedi eu ffitio i'ch cerbyd?

| |
|-----|
| Oes |
|-----|

| |
|----|
| Na |
|----|

Os oes gennych unrhyw nodiadau ysbyty perthnasol ynghylch eich cyflwr meddygol, anfonwch hwy gyda'r ffurflen hon os gwelwch yn dda.

| | | |
|--------------|---------------|------------|
| ENW: | DYDDIAD GENI: | CYFEIRNOD: |
| RHIF GYRRWR: | | |

Datganiad ymgeiswyr

Mae'n rhaid i chi lenwi'r adran hon a pheidio ei newid mewn unrhyw ffordd. Darllenwch y wybodaeth ganlynol yn ofalus ac arwyddwch er mwyn cadarnhau'r datganiadau isod.

Gwybodaeth bwysig am addasrwydd i yrru

- Fel rhan o'r ymchwiliad i'ch addasrwydd i yrru, efallai byddwn ni (DVLA) angen i chi gael archwiliad meddygol a/neu ryw fath o asesiad ymarferol. Os byddwn, bydd angen i'r unigolion ymglymedig cael eich manylion meddygol cefndirol er mwyn gwneud asesiad priodol.
- Gall yr unigolion hyn cynnwys meddygon, orthoptwyr mewn clinigau llygad neu staff parafeddygol mewn canolfan asesiad gyrru. Byddwn dim ond yn rhyddhau gwybodaeth sy'n berthnasol i'r asesiad meddygol o'ch addasrwydd.
- Hefyd, ble mae amgylchiadau eich achos yn ymddangos bod angen, efallai bydd rhaid i'r wybodaeth feddygol berthnasol cael ei hystyried gan un neu fwy o Banelau Anrhydeddus Ymgynghorol yr Ysgrifennydd Gwladol. Mae aelodaeth y Panelau hyn yn cydymffurfio ag egwyddor cyfrinachedd llym.

Mae'r holl ddata a dalir gan DVLA yn cael ei defnyddio at ddefnydd gwerthusiad mewnol o ansawdd ein gwasanaeth.

Ni ddylai'r adran hon cael ei newid mewn unrhyw ffordd.

Datganiad

Rwy'n awdurdodi i fy Meddyg(on) ac Ymgynghorydd (Ymgynghorwyr) i ryddhau adroddiadau/gwybodaeth feddygol am fy nghyflwr sy'n berthnasol i fy addasrwydd i yrru, i aseswr meddygol yr Ysgrifennydd Gwladol.

Rwy'n deall efallai bydd yr Ysgrifennydd Gwladol yn datgelu'r fath gwybodaeth feddygol berthnasol, fel sy'n angenrheidiol i ymchwiliad fy addasrwydd i yrru i feddygon, orthoptwyr, staff parafeddygol ac aelodau'r panel.

Rwy'n datgan fy mod wedi gwirio'r manylion rwy'n eu rhoi ar yr holiadur amgaeedig, a hyd eithaf fy ngwybodaeth a'm cred, maen nhw'n gywir.

“Rwy'n deall ei bod yn drosedd troseddol i wneud datganiad ffug i gael trwydded yrru ac mae hyn yn gallu arwain at erlyniad.”

Enw: _____

Llofnod: _____ Dyddiad: _____

Rwy'n awdurdodi'r Ysgrifennydd Gwladol i:

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

Ryddhau fy ngwybodaeth feddygol, ac unrhyw wybodaeth berthnasol arall, i fy meddyg(on) trwy'r post neu e-bost Ydw Nac ydw

Os hoffech gael cysylltiad am eich cais naill ai trwy e-bost neu neges testun (SMS), ticiwch y bylchau perthnasol (isod). Os na hoffech, bydd DVLA yn parhau i gysylltu â chi trwy'r post.

Rwy'n awdurdodi i gynrychiolydd yr Ysgrifennydd Gwladol cysylltu â mi trwy E-bost neu Neges Testun (SMS) mewn perthynas â'r cais hwn (ticiwch):

E-bost Ydw Nac Ydw Neges Testun (SMS) Ydw Nac ydw

Noder: cwblhewch a dychwelwch holl dudalennau'r holiadur meddygol hwn (1-3) 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

Cadwch y dudalen hon ar gyfer y dyfodol

| | | |
|--------------|---------------|------------|
| ENW: | DYDDIAD GENI: | CYFEIRNOD: |
| RHIF GYRRWR: | | |