

Gwybodaeth feddygol gyfrinachol

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"/>

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"/>

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"/>		

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 driniaeth ar gyfer cyffuriau? e.e. buprenorphine, methadon, naltrexone ar gyfer dibyniaeth ar gyffuriau opioid Ydw Nac
ydw

Os Ydw, nodwch 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 driniaeth cyffuriau ar gyfer unrhyw broblemau eraill sy'n gysylltiedig â chyffuriau? e.e. canabis Ydw Nac
ydw

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

Nodwch ddyddiad y dechreuodd 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, nodwch enw a chyfeiriad eich meddyg/ymgyngorydd yn y clinig.

Enw _____

Cyfeiriad _____

Dyddiad eich gweld diwethaf

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

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

4. Yn ystod y 3 blynedd diwethaf, a wnaethoch chi ddefnyddio unrhyw un o'r canlynol: (Nodwch pa gyffuriau a rhowch yr wybodaeth y gofynnir amdani)

	Ydw	Dyddiad a ddefnyddiwyd cyntaf Mis/Blwyddyn	Dyddiad a ddefnyddiwyd 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 Nac
ydy

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?

Ydy Nac
ydy

	Ydw	Dyddiad a ddefnyddiwyd cyntaf Mis/Blwyddyn	Dyddiad a ddefnyddiwyd diwethaf Mis/Blwyddyn	Faint? (faint a ddefnyddiwyd)	Pa mor aml? (yr wythnos/mis)
g) Canabis?	<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) Ketamine?	<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)

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

m) Anterth cyfreithlon
 neu anghyfreithlon?

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

n) Gludion?

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

5. Yn ystod y 3 blynedd diwethaf, a gawsoch ddamwain/anaf, gan gynnwys damwain traffig ar y ffordd, o ganlyniad i gamddefnyddio cyffuriau? Do Nad
do

6. Yn ystod y 3 blynedd diwethaf, a 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, rhowch fanylion y meddyg y dylem gysylltu â hwy am fwy o wybodaeth.

Enw _____

Cyfeiriad _____

Dyddiad eich

Mis	Blwyddyn

gweld diwethaf

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

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

Os Ydw, rhowch fanylion y meddyg y dylem gysylltu â hwy am fwy o wybodaeth.

Enw _____

Cyfeiriad _____

Dyddiad eich gweld diwethaf

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

10. Yn ystod y 3 blynedd diwethaf, a gawsoch unrhyw broblemau iechyd meddwl? Do Nad
do

Os Do, rhowch fanylion y meddyg y dylem gysylltu â hwy am ragor o wybodaeth.

Enw _____

Cyfeiriad _____

Dyddiad eich gweld diwethaf

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

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

Nodwch y gall atebion anghyflawn arwain at oedi.

Llofnod: _____

Dyddiad: _____

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
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 drwy 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

Enw:	Dyddiad Geni:	Cyf:
Rhif Gyrrwr:		

Noder: cwblhewch a dychwelwch holl dudalennau'r holiadur meddygol hwn (1-6) 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 (7) ar gyfer y dyfodol

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

