



TYSTYSGRIF MEDDYGOL MEDICAL CERTIFICATE

1. Mae'r adroddiad meddygol hwn er defnydd cyfrinachol yr Awdurdod Trwyddedu. Rhaid cael ei gwblhau gan y Meddyg Teulu a nodir yn adran 2. Dylai'r Meddyg Teulu hwn fod â mynediad at hanes meddygol llawn yr ymgeisydd ac ateb yr holl gwestiynau.

This medical report is for the confidential use of the Licensing Authority. It must be completed by the GP stated in section 2. The GP should have access to the applicants full medical history and should answer all the questions.

2. Nid oes modd cyhoeddi'r adroddiad meddygol yn rhad ac am ddim fel rhan o'r Gwasanaeth Iechyd Gwladol. Rhaid i'r ymgeisydd dalu ffi'r ymarferwr meddygol os nad oes trefniadau eraill wedi'u gwneud. Nid yw'r Awdurdod Trwyddedu'n derbyn unrhyw atebolrwydd am dalu'r ffi.

This medical report cannot be issued free of charge as part of the National Health Service. The applicant must pay the medical practitioner's fee, unless other arrangements have been made. The Licensing Authority accepts no liability to pay.

3. Mae'r awdurdod trwyddedu'n cael ei arwain gan y gofynion meddygol ar gyfer deiliaid trwydded Grŵp 2 y DVLA wrth asesu pa mor ffit yw'r Gyrwyr Hacni neu Gerbydau Hurio Preifat i dderbyn trwydded. Mae copi o "At a Glance" sef canllaw i'r safonau meddygol presennol o ffitrwydd i yrru ar gael i'r cyhoedd ei weld ar wefan DVLA ar Gov.uk.

The licensing authority is guided by the medical requirements for DVLA Group 2 licence holders when assessing a Hackney or Private Hire Vehicle Drivers fitness to be licensed. The "At a Glance" guide to the current medical standards of fitness to drive is publicly available to view on the DVLA website at Gov.uk.

4. Wrth i chi gwblhau'r ffurflen:

- Defnyddiwch Lythrennau Bras ac Inc **Du**
- Peidiwch â defnyddio hylif cywiro (croeswch allan a nodwch lythrennau cyntaf eich enw ger y camgymeriad)

When completing, please:

- Use Block Capital letters and **Black** ink.
- Do not use correction fluid (cross out and write your initials against any mistake)

I. Manylion yr Ymgeisydd / Applicant Details

Teitl Enwau Cyntaf Cyfenw
Title First Names Surname

Rhif / Enw'r Tŷ
House Number / Name

Stryd / Street

Tref / Town

Sir / County Côt Post / Post Code

Rhif(au) Ffôn Cartref/ Ffôn symudol/
Telephone Home Mobile

Cyfeiriad ebost /
Email address

Dyddiad Geni Oedran
Date of Birth Age

Rhif Yswiriant Gwladol Gwryw Benyw
National Insurance No Male Female

2. Manylion y Meddyg Teulu / GP Details

Enw'r Meddyg Teulu
Name of General Practitioner

Enw'r Practis
Practice Name

Cyfeiriad ebost
Email address

Cyfeiriad
Address

Rhif Ffôn
Tel Number

3. Cyflwr Meddygol / Medical Condition

A Clefyd / Triniaethau Coronari'r Galon Coronary Artery Disease / Procedures

Os ydych chi'n ateb OES i unrhyw un o'r cwestiynau, rhwch fanylion pellach yn Adran 4
If you answer YES to any questions, please provide further details at Section 4

A oes gan yr ymgeisydd hanes o Does the applicant have a history of		Oes / Yes (✓)	Nac Oes / No (✓)
a	Trawiad ar y Galon Myocardial Infarction		
b	Llawdriniaeth Ddargyfeiriol Arterïau Coronari Coronary Artery By-Pass Graft (CABG)		
c	Angioplasti Coronari Coronary Angioplasty		
d	Unrhyw driniaeth Arterïau Coronari arall Any other Coronary Artery Procedure		
e	Angina Angina		
f	Methiant y Galon Heart Failure		

B Clefydau / Triniaethau Cardiofasgwlaidd Eraill Other Cardio-Vascular Disorders/Procedures

Os ydych chi'n ateb OES i unrhyw un o'r cwestiynau, rhwch fanylion pellach yn Adran 4
If you answer YES to any questions, please provide further details at Section 4

A oes gan yr ymgeisydd hanes o Does the applicant have a history of		Oes / Yes (✓)	Nac Oes / No (✓)
a	Arrhythmia Cardiaidd Cardiac Arrhythmia		
b	Ymlediad Aortaidd Aortic Aneurysm		
c	Datgymaliad yr Aorta Dissection of the Aorta		
d	Clefyd Rhydweili Perifferol Peripheral Arterial Disease		
e	Pwysedd Gwaed Uchel Hypertension		
f	Mesuriad systolig yn uwch na 180 yn gyson / Mesuriad diastolig yn uwch na 100 yn gyson Systolic reading consistently above 180/ Diastolic reading consistently above 100		
g	Rhaid nodi mesuriad o bwysedd y gwaed A blood pressure reading must be provided		
h	Cardiomyopathi Cardiomyopathy		
i	Anhwylderau'r Galon ers iddynt gael eu geni Congenital Heart Disorders		

C System Endocrinaidd Endocrine System			
		Oes / Yes (✓)	Nac Oes / No (✓)
A oes gan yr ymgeisydd diabetes? <i>Does the applicant have diabetes?</i>			
Os oes, a yw'n cael ei reoli gan: <i>If yes, is it managed by:</i>		Oes / Yes (✓)	Nac Oes / No (✓)
a	Inswlin <i>Insulin</i>		
b	Sylweddau hypoglycemia a lyncir <i>Oral Hypoglycaemic agents</i>		
c	Rheoli gyda diet yn unig <i>Managed by diet alone</i>		

D Cyhyrsgerbydol Musculoskeletal			
Os ydych chi'n ateb OES i unrhyw un o'r cwestiynau, rhwch fanylion pellach yn Adran 4 <i>If you answer YES to any questions, please provide further details at Section 4</i>			
		Oes / Yes (✓)	Nac Oes / No (✓)
A fydddech cystal â chadarnhau a oes gan yr ymgeisydd unrhyw anffurfiad neu anabledd corfforol (gan roi sylw penodol i gyflwr y breichiau, coesau, dwylo a'r cymalau)? <i>Please confirm whether the applicant has any deformity or physical disability (with special attention paid to the condition of the arms, legs, hands and joints?)</i>			
A yw hyn yn debygol o amharu ar allu'r unigolyn i ymgymryd â'i ddyletswyddau fel gyrrwr galwedigaethol? <i>Is it likely to interfere with the efficient discharge of his or her duties as a vocational driver?</i>			

E Niwrolegol Neurological			
Os ydych chi'n ateb OES i unrhyw un o'r cwestiynau, rhwch fanylion pellach yn Adran 4 <i>If you answer YES to any questions, please provide further details at Section 4</i>			
		Oes / Yes (✓)	Nac Oes / No (✓)
A oes gan yr ymgeisydd hanes o <i>Does the applicant have a history of</i>			
a	Epilepsi (unrhyw achos yn y 10 mlynedd diwethaf) <i>Epilepsy (any attack in the past 10 years)</i>		
b	Llewygu / Mynd yn anymwybodol <i>Blackout/Impairment of Consciousness</i>		
c	Strôc / TIA <i>Stroke/TIA</i>		
d	Penysgafnder Sydyn / Fertigo <i>Sudden Disabling Dizziness/Vertigo</i>		
e	Anhwylder Cysgu Patholegol <i>Pathological Sleep Disorder</i>		
f	Clefyd Niwrolegol Cronig a / neu Raddol <i>Chronic and/or Progressive Neurological Disorder</i>		
g	Llawdriniaeth ar yr Ymennydd		

	Brain Surgery		
h	Anaf Difrifol i'r Pen Serious Head Injury		
i	Tiwmor yr Ymenydd Brain Tumour		

F Unrhyw gyflwr arall
Any other condition

Os ydych chi'n ateb OES i unrhyw un o'r cwestiynau, rhowch fanylion pellach yn Adran 4
If you answer YES to any questions, please provide further details at Section 4

	Oes / Yes (✓)	Nac Oes / No (✓)
A yw'r ymgeisydd yn rhan I yn dioddef o unrhyw gyflwr meddygol cydnabyddedig (megis asthma difrifol, adwaith alergaidd neu ffobia cronig) a fyddai'n eu hatal rhag cario Cŵn Tywys a/neu Gŵn Cymorth? <i>Does the applicant named in section I. suffer from any recognized medical condition (such as severe asthma, allergic reaction or chronic phobia) that would preclude them from carrying Guide Dogs and/or Assistance Dogs</i>		
A yw'r ymgeisydd yn dioddef o unrhyw afiechyd neu anabled arall na chrybwyllwyd yn barod? <i>Does the applicant suffer from any other disease or disability that has not been previously mentioned?</i>		
A yw hyn yn debygol o amharu ar allu'r unigolyn i gwblhau ei ddyletswyddau fel gyrrwr galwedigaethol, neu a yw'r ffaith bod y person hwn yn gyrru'n debygol o achosi perygl i'r cyhoedd? <i>Is this likely to interfere with the efficient discharge of his or her duties as a vocational driver, or to cause driving by him or her to be a source of danger to the public?</i>		

G Seiciatryddol
Psychiatric

Os ydych chi'n ateb OES i unrhyw un o'r cwestiynau, rhowch fanylion pellach yn Adran 4
If you answer YES to any questions, please provide further details at Section 4

	Oes / Yes (✓)	Nac Oes / No (✓)
A oes gan yr ymgeisydd hanes o <i>Does the applicant have a history of</i>		
a Salwch Seicotig <i>Psychotic Illness</i>		
b Cyflwr Seiciatrig <i>Psychiatric Disorder</i>		
c Dementia / Nam Gwybyddol <i>Dementia/Cognitive Impairment</i>		
d Camddefnyddio Alcohol <i>Alcohol Misuse</i>		
e Dibyniaeth ar Alcohol <i>Alcohol Dependency</i>		
f Camddefnyddio Cyffuriau neu Sylweddau <i>Drug or Substance Misuse</i>		
g Dibyniaeth ar Gyffuriau neu Sylweddau <i>Drug or Substance Dependency</i>		

**H Golwg
Vision**

Os ydych chi'n ateb OES i unrhyw un o'r cwestiynau, rhowch fanylion pellach yn Adran 4

Os nad oes gennych yr offer priodol i gynnal y profion angenrheidiol, rhaid i chi gyfeirio'r cais at arbenigwr offthalmoleg neu optegydd.

If you answer YES to any questions, please provide further details at Section 4

If you do not have the equipment to carry out the required tests, you must refer the application to an ophthalmic specialist or optician.

	Oes / Yes (✓)	Nac Oes / No (✓)
A yw'r ymgeisydd yn gwisgo lensys cywirol? <i>Does the applicant wear corrective lenses?</i>		
A yw craffter golwg yr ymgeisydd, fel y'i mesurwyd gan siart Snellen, yn 6/9 O LEIAF yn y llygad orau ac yn 6/12 O LEIAF yn y llygad arall (Gellir gwisgo lensys cywirol)? <i>Is the applicants visual acuity, as measured by the snellen chart, AT LEAST 6/9 in the better eye and AT LEAST 6/12 in the other (Corrective lenses may be worn)?</i>		
A yw'r craffter sydd heb ei gywiro yn 3/60 O LEIAF yn y DDWY lygaid (3/60 yw'r gallu i ddarllen llinell rhif 60 yn siart Snellen, dair metr i ffwrdd o'r siart)? <i>Is the Uncorrected acuity AT LEAST 3/60 in BOTH eyes? (3/60 being the ability to read the 60 line of the Snellen chart at 3 meters)?</i>		
Cadarnhewch graffter golwg yr ymgeisydd HEB EI GYWIRO <i>Please confirm the applicants visual acuities UNCORRECTED</i>	Y chwith/Left	Y dde/Right
Cadarnhewch graffter golwg yr ymgeisydd WEDI'I GYWIRO <i>Please confirm the applicants visual acuities CORRECTED</i>	Y chwith/Left	Y dde/Right
	Oes / Yes (✓)	Nac Oes / No (✓)
A oes gan yr ymgeisydd olwg binociwlar arferol? <i>Does the applicant have a normal binocular field of vision?</i>		
A oes gan yr ymgeisydd diploia sydd heb ei reoli? <i>Does the applicant have uncontrolled diplopia?</i>		
A oes gan yr ymgeisydd unrhyw gyflwr offthalmig arall? <i>Does the applicant have any other ophthalmic condition?</i>		

4. Manylion Pellach / Further Details

5. Asesiad / Assessment

Parthed yr Ymgeisydd:
Regarding the Applicant:

(nodwch enw'r ymgeisydd)
(enter applicant's name)

	Oes / Yes (✓)	Nac Oes / No (✓)
Yn eich barn chi, a yw'r ymgeisydd yn bodloni safonau meddygol Grŵp 2 y DVLA i yrru fel yr amlinellir yng nghyhoeddiad y DVLA 'At a Glance Guide to the Current Medical Standards of Fitness to Drive?' <i>In your opinion, does the applicant satisfy DVLA Group 2 medical standards of fitness to drive as outlined in the DVLA's publication 'At a Glance Guide to the Current Medical Standards of Fitness to Drive?'</i>		

Cyngor Gwynedd fydd yn penderfynu a ddylid rhoi Trwydded Hacni/Cerbyd Hurio Preifat i'r ymgeisydd ai peidio. Mae cyngor a barn yr Ymarferydd Meddygol sy'n gyfrifol am gwblhau'r Datganiad Meddygol hwn yn bwysig o ran gwneud y penderfyniad hwn.

The decision to award a Hackney/Private Hire drivers Licence will be made by Gwynedd Council. The advice and opinion of the Medical Practitioner responsible for completing this Medical Declaration is important in forming this decision.

6. Datganiad y Meddyg Teulu / GP Declaration

Tystiaf fod, ar adeg yr archwiliad, roedd hanes meddygol cyflawn yr ymgeisydd yn fy meddiant.

I certify that, at the time of examination, I had possession of the applicant's complete medical history.

Enw'r Meddyg Teulu
Name of General Practitioner

Llofnod / Signature

Stamp y Feddygfa / Surgery Stamp

Dyddiad / Date

7. Datganiad yr Ymgeisydd / Applicant Declaration

Tystiaf fy mod wedi datgelu holl amgylchiadau meddygol ac unrhyw bryder iechyd gyda'r Meddyg Teulu yn ystod yr archwiliad yma. Rwy'n deall bod y Tystysgrif Feddygol yma yn ddilys am 3 blynedd yn unig. Fy nghyfrifoldeb i fydd darparu Tystysgrif Feddygol newydd i'r Gwasanaeth Trwyddedu cyn neu ar ddyddiad dod i ben y dystysgrif hon.

MAE RHAID I CHI ROI GWYBOD I'R GWASANAETH TRWYDDEDU OS YDYCH:

- **YN DATBLYGU CYFLWR MEDDYGOL 'HYSBYSADWY' NEU ANABLEDD**
- **OS YW EICH CYFLWR NEU ANABLEDD WEDI GWAETHYGU ERS YR ARCHWILIAD YMA**

CYFLWR HYSBYSADWY YW UNRHYW BETH FUASAI'N GALLU EFFEITHIO AR EICH GALLU I YRRU'N DDIOGEL.

I certify that I have disclosed all medical conditions and any health concerns with the GP at time of this examination. I understand that this Medical Certificate will be valid for 3 years only. It will be my responsibility to provide the Licensing Service with a new certificate before or on the expiry date of this certificate.

YOU MUST INFORM THE LICENSING SERVICE IF YOU:

- **DEVELOP A 'NOTIFIABLE' MEDICAL CONDITION OR DISABILITY**
- **A CONDITION OR DISABILITY HAS GOT WORSE SINCE THIS EXAMINATION**

NOTIFIABLE CONDITIONS ARE ANYTHING THAT COULD AFFECT YOUR ABILITY TO DRIVE SAFELY.

Llofnod / Signature

Dyddiad / Date

/ /

Er Defnydd Swyddfa/For Office Use:

Rhif MAU:
Rhif Trwydded:

Dyddiad Derbyn:
Dyddiad Adnewyddu: