

WZÓR

Oznaczenie podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej lekarza

KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta

imię i nazwisko badanego

numer
PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby,
której nie nadano numeru PESEL

adres
zamieszkania:

miejsowość

kod pocztowy

ulica

numer domu / mieszkania

kandydat na kierowcę

kierowca

Padaczka

data
rozpoznania:

lekarz prowadzący
leczenie padaczki:

podmiot wykonujący
działalność
leczącą:

poradnia
neurologiczna:

zespół padaczkowy	rodzaj napadów
-------------------	----------------

dane dotyczące przeprowadzonej diagnostyki (wyniki przeprowadzonych badań obrazowych)

czas trwania choroby

przebieg choroby (w tym data ostatniego napadu)

przebieg i rodzaj leczenia , a jeżeli odstawiono leczenie - data odstawienia leczenia
współistniejące schorzenia mające wpływ na przebieg choroby
uwagi dotyczące przewlekłych powikłań choroby
okres, w którym badany nie może kierować pojazdem od do
wymagania dalszej obserwacji

Inne uwagi (np. inna utrata świadomości lub zaburzenia świadomości lub napadowe zaburzenia ruchowe o symptomatologii padaczkowej, strukturalna zmiana śródmózgowa lub śródczaszkowa itp.):

.....
(podpis, imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii)

.....
(data sporządzenia opinii)