

WZÓR

Oznaczenie podmiotu leczniczego / praktyki zawodowej lekarza

KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta

Imię i nazwisko osoby badanej

[Empty box for patient name]

Numer PESEL

[Empty boxes for PESEL number]

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

[Empty box for identification document name and number]

Adres zamieszkania:

[Empty box for address]

miejsowość

[Empty box for locality]

kod pocztowy

ulica

[Empty box for street name]

numer domu/mieszkania

[Empty box for house/apartment number]

Kandydat na kierowcę

[Empty box for candidate name]

Kierowca

[Empty box for supervisor name]

Padaczka

Data rozpoznania

[Empty box for diagnosis date]

Lekarz prowadzący leczenie padaczki

[Empty box for treating doctor name]

Podmiot wykonujący działalność leczniczą

[Empty box for medical entity name]

Poradnia neurologiczna

[Empty box for neurology clinic name]

Rodzaj napadów

Zespół padaczkowy

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 dotyczące dalszej obserwacji

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

.....

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

.....

(data sporządzenia opinii)