

WZÓR

**KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA**

Oznaczenie podmiotu leczniczego / praktyki zawodowej lekarza

**Dane osobowe pacjenta**

Imię i nazwisko osoby badanej

Numer PESEL

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

Adres zamieszkania: miejscowość

ulica

numer domu/mieszkania

kod pocztowy

Kierowca

Kandydat na kierowcę

**Cukrzyca**

Data rozpoznania

Typ cukrzycy

Lekarz prowadzący leczenie cukrzycy

Podmiot wykonujący działalność leczniczą

Poradnia diabetologiczna

**Wiedza pacjenta** dotycząca jego choroby, leczenia i powikłań:

wysoka

dostateczna

niedostateczna

**Umiejętność kontrolowania glikemii:**

dobra

akceptowalna

niska

**Świadomość hipoglikemii, umiejętność zapobiegania i przeciwdziałania:**

dobra  **niedostateczna**

**Występowanie objawów prodromalnych hipoglikemii:**

tak  **nie**

**Ryzyko hipoglikemii:**

niskie  akceptowalne  **wysokie**

**obecność przewlekłych powikłań cukrzycy**

brak przewlekłych powikłań cukrzycy

ze strony narządu wzroku

ze strony układu nerwowego

ze strony układu sercowo-naczyniowego

**Uwagi dotyczące przewlekłych powikłań cukrzycy**

Ocena zdolności do prowadzenia pojazdu

Inne uwagi

.....  
(podpis, imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu  
lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii albo innego lekarza prowadzącego  
leczenie cukrzycy oraz data sporządzenia opinii)

.....  
(data sporządzenia opinii)