

WZÓR

Oznaczenie podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej lekarza

KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta  
imię i nazwisko badanego

[Empty box for patient name and surname]

numer PESEL

[Grid 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:  
miejscowość

[Empty box for address]

kod pocztowy

[Empty box for postal code]

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 attending physician]

podmiot wykonujący działalność leczniczą:

[Empty box for medical entity]

poradnia neurologiczna:

[Empty box for neurology clinic]

[Empty box for additional information]

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)