

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

Miejsco-

zamieszkania:

wość

kod

pocztowy

ulica

numer domu /
mieszkania

kandydat na kierowcę

kierowca

Padaczka

data
rozpoznanania:

lekarz
prowadzący
leczenie
padaczki:

podmiot
wykonujący
działalność
leczniczą:

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 śródmozgowa lub śródczaszkowa itp.):

.....
(data sporządzenia opinii)

.....
(pieczęć i podpis lekarza neurologa)