

Oznaczenie podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej  
lekarza

## KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA

### 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

Cukrzyca

data  
rozpoznania

Typ  
cukrzycy:

lekarz  
cukrzycy:  
prowadzący

leczenie

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 przeciwdziałania:

Dobra

Niedostateczna

Występowanie hipoglikemii:

objawów

prodromalnych

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 pojazdów:

--

Inne uwagi:

--

(data sporządzenia opinii)

(pieczęć i podpis lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii  
albo innego lekarza prowadzącego leczenie cukrzycy)