

KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA

Oznaczenie podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej lekarza

Dane osobowe pacjenta:

imię i nazwisko
badanego

numer PESEL nazwa i numer dokumentu tożsamości osoby, której nie nadano PESEL

adres zamieszkania: miejscowość kod pocztowy

ulica numer domu / mieszkania

kandydat na kierowcę kierowca

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 pojazdów:

Inne uwagi:

.....
(data sporządzenia opinii)

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