

KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

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:

miejsowość

kod
pocztowy

ulica

numer domu /
mieszkania

kandydat na kierowcę

kierowca

Padaczka

data
rozpoznania:

lekarz prowa-
dzący 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 śródmózgowa lub śródczaszkowa itp.):

.....
(data sporządzenia opinii)

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