*WZÓR*

Oznaczenie podmiotu leczniczego / praktyki zawodowej lekarza

## KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA

**Dane osobowe pacjenta**

Imię i nazwisko osoby badanej

Numer PESEL

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby, której nie nadano numeru 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 pojazdu**

| |
|---|
| |

**Inne uwagi**

| |
|---|
| |

……..……
(podpis, imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu
lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii albo innego lekarza prowadzącego
leczenie cukrzycy oraz data sporządzenia opinii)

……
(data sporządzenia opinii)