WZÓR

Oznaczenie podmiotu leczniczego / praktyki zawodowej lekarza

KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

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

Padaczka

Data rozpoznania

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 dotyczące dalszej obserwacji

Inne uwagi (np. inna utrata świadomości lub zaburzenia świadomości, lub napadowe zaburzenia ruchowe o symptomatologii padaczkowej, strukturalna zmiana śródmózgowa lub śródczaszkowa itd.)

.....
(podpis, imię i nazwisko
oraz numer prawa wykonywania zawodu
lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii)

.....
(data sporządzenia opinii)