

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:

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)

.....
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii albo innego lekarza przeprowadzającego leczenie cukrzycy)