

Oznaczenie podmiotu leczniczego/ praktyki zawodowej lekarza

## KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

### 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

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 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)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza neurologa)