

KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA

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

Cukrzyca

data
rozpoznania:

Typ
cukrzycy:

lekarz prowa-
dzący 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 prowadzącego leczenie cukrzycy)