

Oznaczenie podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
lekarza

KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta
Imię i nazwisko

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Adres zamieszkania:

miejsowość

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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 przytomności lub zaburzenia świadomości lub napadowe zaburzenia ruchowe o symptomatologii padaczkowej, strukturalna zmiana śródmózgowa lub śródczaszkowa itp.)

.....
(data sporządzenia opinii)

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