Oznaczenie podmiotu leczniczego/ praktyki zawodowej lekarza

KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta

Imi i nazwisko badanego: Jan Kowalski

Numer PESEL: 85110208874

Nazwa i numer dokumentu stwierdzajcego tosamo osoby, której nie nadano numeru PESEL:

Adres zamieszkania: Miejscowo: Gorzów Wielkopolski Kod pocztowy: 11-036

Ulica: Jana Chryzystoma Paska Trzeciego Numer domu / mieszkania: 27/32

Kandydat na kierowc ☐ Kierowca ☐

Cukrzyca Data rozpoznania: Typ cukrzycy: Lekarz prowadzcy leczenie cukrzycy:

Podmiot wykonujcy dziaalno lecznicz: Poradnia diabetologiczna:

Wiedza pacjenta dotyczca jego choroby, leczenia i powika: ☐ Wysoka ☐ Dostateczna ☐ Niedostateczna

Umiejtno kontrolowania glikemii: ☐ Dobra ☐ Akceptowalna ☐ Niska

wiadomo hipoglikemii, umiejtno zapobiegania i przeciwdziaania: ☐ Dobra ☐ Niedostateczna

Wystpowanie objawów prodromalnych hipoglikemii: ☐ Tak ☐ Nie

Ryzyko hipoglikemii: ☐ Niskie ☐ Akceptowalne ☐ Wysokie

☐ Obecno przewlekych powika cukrzycy ☐ Brak przewlekych powika cukrzycy

☐ ze strony narzdu wzroku ☐ ze strony ukadu nerwowego ☐ ze strony ukadu sercowo-naczyniowego

Uwagi dotyczce przewlekych powika cukrzycy:

Ocena zdolnoci do prowadzenia pojazdów:

Inne uwagi:

..... (data sporzdzenia opinii)

..... (pieczttka i podpis lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii albo innego lekarza przeprowadzajcego leczenie cukrzycy)

Oznaczenie podmiotu leczniczego/ praktyki zawodowej lekarza

KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta

Imi i nazwisko badanego: Jan Kowalski

Numer PESEL: 85110208874

Nazwa i numer dokumentu stwierdzajcego tosamo osoby, której nie nadano numeru PESEL:

Adres zamieszkania: Miejscowo: Gorzów Wielkopolski Kod pocztowy: 11-036

Ulica: Jana Chryzystoma Paska Trzeciego Numer domu / mieszkania: 27/32

Kandydat na kierowc ☐ Kierowca ☐

Cukrzyca Data rozpoznania: Typ cukrzycy: Lekarz prowadzcy leczenie cukrzycy:

Podmiot wykonujcy dziaalno lecznicz: Poradnia diabetologiczna:

Wiedza pacjenta dotyczca jego choroby, leczenia i powika: ☐ Wysoka ☐ Dostateczna ☐ Niedostateczna

Umiejtno kontrolowania glikemii: ☐ Dobra ☐ Akceptowalna ☐ Niska

wiadomo hipoglikemii, umiejtno zapobiegania i przeciwdziaania: ☐ Dobra ☐ Niedostateczna

Wystpowanie objawów prodromalnych hipoglikemii: ☐ Tak ☐ Nie

Ryzyko hipoglikemii: ☐ Niskie ☐ Akceptowalne ☐ Wysokie

☐ Obecno przewlekych powika cukrzycy ☐ Brak przewlekych powika cukrzycy

☐ ze strony narzdu wzroku ☐ ze strony ukadu nerwowego ☐ ze strony ukadu sercowo-naczyniowego

Uwagi dotyczce przewlekych powika cukrzycy:

Ocena zdolnoci do prowadzenia pojazdów:

Inne uwagi:

..... (data sporzdzenia opinii)

..... (pieczttka i podpis lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii albo innego lekarza przeprowadzajcego leczenie cukrzycy)