

Oznaczenie podmiotu leczniczego/ praktyki zawodowej lekarza

KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta

Imi i nazwisko badanego:

Jan Kowalski

Numer
PESEL:

85110208874

Nazwa i numer dokumentu stwierdzajacego
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

☐

Padaczka

☐

Data
rozpoznania:

Lekarz
prowadzcy
leczenie
padaczki:

Podmiot
wykonujcy
dziaalno
lecznicz:

Poradnia
neurologiczna
:

Zespó padaczkowy:

Rodzaj napadów:

Dane dotyczce przeprowadzonej diagnostyki (wyniki przeprowadzonych bada obrazowych):

Czas trwania choroby:

Przebieg choroby (w tym data ostatniego napadu):

Przebieg i rodzaj leczenia, a jeeli odstawiono leczenie - data odstawienia leczenia:

Wspóistniejce schorzenia majce wpyw na przebieg choroby:

Uwagi dotyczce przewleklych powika choroby:

Okres, w którym badany nie moe kierowa pojazdem: od do

Wymagania dalszej obserwacji:

Inne uwagi (np. inna utrata wiadomoci lub zaburzenia wiadomoci lub napadowe zaburzenia ruchowe o symptomatologii padaczkowej, strukturalna zmiana ród mózgowy lub ród czaszki itp.):

.....
(data sporzdzenia opinii)

.....
(pieczotka i podpis lekarza neurologa)

Oznaczenie podmiotu leczniczego/ praktyki zawodowej lekarza

KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta

Imi i nazwisko badanego:

Jan Kowalski

Numer
PESEL:

85110208874

Nazwa i numer dokumentu stwierdzajacego
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

☐

Padaczka

☐

Data
rozpoznania:

Lekarz
prowadzcy
leczenie
padaczki:

Podmiot
wykonujcy
dziaalno
lecznicz:

Poradnia
neurologiczna
:

Zespó padaczkowy:

Rodzaj napadów:

Dane dotyczce przeprowadzonej diagnostyki (wyniki przeprowadzonych bada obrazowych):

Czas trwania choroby:

Przebieg choroby (w tym data ostatniego napadu):

Przebieg i rodzaj leczenia, a jeeli odstawiono leczenie - data odstawienia leczenia:

Wspóistniejce schorzenia majce wpyw na przebieg choroby:

Uwagi dotyczce przewleklych powika choroby:

Okres, w którym badany nie moe kierowa pojazdem: od do

Wymagania dalszej obserwacji:

Inne uwagi (np. inna utrata wiadomoci lub zaburzenia wiadomoci lub napadowe zaburzenia ruchowe o symptomatologii padaczkowej, strukturalna zmiana ród mózgowy lub ród czaszkowy itp.):

.....
(data sporzdzenia opinii)

.....
(pieczotka i podpis lekarza neurologa)