

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  
numera PESEL

adres  
zamieszkania:

miejsowość

kod pocztowy

ulica

numer domu / mieszkania

kandydat na  
kierowcę

kierowca

**Padaczka**

data  
rozpoznania:

lekarz  
prowadzący  
leczenie  
padaczki:

podmiot  
wykonujący  
działalność  
lecniczą:

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)