

Oznaczenie podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej
lekarza

KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta

imię i nazwisko osoby badanej

numer
PESEL

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

nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość
osoby, której nie nadano numeru PESEL

adres
zamieszkania:

mięscowość

kod pocztowy

ulica

numer domu / mieszkania

Kandydat na kierowcę

Kierowca

Cukrzyca

data
rozpoznania

Typ
cukrzycy

lekarz prowadzący
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 prodrimalnych 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 pojazdu

Inne uwagi

.....
(data sporządzenia opinii)

.....
(podpis, imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu
lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii albo innego lekarza
prowadzącego leczenie cukrzycy)