

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 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  
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 dotyczące dalszej obserwacji

**Inne uwagi** (np. inna utrata świadomości lub zaburzenia świadomości, lub napadowe zaburzenia ruchowe o symptomatologii padaczkowej, strukturalna zmiana śródmózgowa lub śródczaszkowa itd.):

.....  
(podpis, imię i nazwisko  
oraz numer prawa wykonywania zawodu  
lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii)

.....  
(data sporządzenia opinii)