

.....  
oznaczenie podmiotu leczniczego / praktyki zawodowej lekarza

## KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

### Dane osobowe pacjenta:

Pan / Pani .....  
*imię i nazwisko*

nr PESEL 

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

 w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL

nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość .....

zamieszkały (a) .....  
*miejsowość*

--	--

 - 

--	--	--	--

  
*kod pocztowy*

.....  
*ulica, nr domu / mieszkania*

kandydat na kierowcę  kierowca

padaczka  data rozpoznania .....  
*lekarz prowadzący leczenie padaczki*

Podmiot wykonujący działalność leczniczą: .....

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

.....  
data sporządzenia opinii

.....  
pieczętka i podpis lekarza neurologa