

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:

Miejsco-  
wość

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.):

.....  
(pieczętka i podpis lekarza neurologa)

.....  
(data sporządzenia opinii)

