

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 PESEL

Adres
zamieszkania

Miejscowość

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 prodromalnych 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)