

Oznaczenie podmiotu leczniczego / praktyki zawodowej lekarza

### KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

#### 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

#### 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

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

(data sporządzenia opinii)

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