

# KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA

Oznaczenie podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej lekarza

## Dane osobowe pacjenta:

imię i nazwisko  
badanego

numer  
PESEL

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

nazwa i numer dokumentu tożsamości  
osoby, której nie nadano PESEL

**Adres  
zamieszkania:**

miejsowość

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

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 pojazdów:

Inne uwagi:

.....  
(data sporządzenia opinii)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii  
albo innego lekarza prowadzącego leczenie cukrzycy)