

# KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

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

**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 itp.):

.....  
(data sporządzenia opinii)

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