

Oznaczenie podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej lekarza

## KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta:

imię  
i nazwisko  
badanego

numer  
PESEL

nazwa i numer dokumentu tożsamości  
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 itp.)

.....  
(data sporządzenia opinii)

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