

## KARTA KONSULTACYJNA NEUROLOGICZNA

### Dane osobowe pacjenta

imię i nazwisko badanego

numer  
PESEL

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

nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby,  
której nie nadano numeru 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 neurolog  
iczna:

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.):

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

.....  
(data sporządzenia opinii)