

WZÓR

Oznaczenie podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej lekarza

KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta

imię i nazwisko badanego

numer
PESELnazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby, której
nie nadano numeru PESEL

adres zamieszkania: miejscowość

kod
pocztowy

ulica

numer domu / mieszkania

 kandydat na kierowcę kierowca – **Cukrzyca**data
rozpoznania:typ
cukrzycy:lekarz
prowadzący
leczenie
cukrzycy:podmiot
wykonujący
działalność
leczącą:poradnia
diabetolo-
giczna:

Wiedza pacjenta dotycząca jego choroby, leczenia i powikłań

 wysoka dostateczna niedostateczna

Umiejętność kontrolowania glikemii:

 dobra akceptowalna niska

Świadomość hipoglikemii, umiejętność zapobiegania i przeciwdziałania:

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 pojazdu:

Inne uwagi:

.....
(podpis, imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii albo innego lekarza prowadzącego leczenie cukrzycy)