

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

**KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA DO BADAŃ  
LEKARSKICH KIEROWCÓW I OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ  
O UPRAWNIENIA DO KIEROWANIA POJAZDAMI**

**Dane osobowe pacjenta**

imię i nazwisko  
badanego

PESEL

nazwa i numer dokumentu tożsamości  
osoby, której nie nadano nr PESEL

adres zamieszkania:

miejsco-  
wość

kod  
pocztowy

ulica

numer domu / mieszkania

kandydat na kierowcę

kierowca – rok uzyskania prawa jazdy:

**kategoria prawa jazdy:**

A, A1, B, B1, T, B+E (kierowanie motocyklem, samochodem osobowym, ciągnikiem rolniczym)

C, C1, D, D1, C+E, D+E, C1+E, D1+E (kierowanie samochodem ciężarowym, autobusem, tramwajem)

**cukrzyca**

data rozpoznania

typ cukrzycy:

lekarz prowadzący cukrzycę:

podstawo-  
wej opieki  
zdrowotnej

poradni  
diabeto-  
logicznej

**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:

.....  
data i podpis osoby badanej

.....  
pieczętka i podpis specjalisty diabetologa