

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej
--

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

Dane osobowe pacjentaimię i nazwisko
badanego

PESEL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

adres zamieszkania:

miejsco-
wośćkod
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)

padaczka

data rozpoznania

lekarz prowadzący
padaczkę:podstawowej opieki
zdrowotnejporadni
neurologicznej

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
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 i podpis osoby badanej

.....
pieczęćka i podpis lekarza neurologa