

Oznaczenie podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej lekarza

KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA

Dane osobowe pacjenta

imię i nazwisko badanego

numer
PESEL

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

nazwa i numer dokumentu
stwierdzającego tożsamość
osoby, której nie nadano
numera PESEL

adres
zamieszkania:

miejsowość

kod pocztowy

ulica

numer domu / mieszkania

kandydat na
kierowcę

kierowca

Cukrzyca

data
rozpoznania

Typ
cukrzycy:

lekarz
prowadzący
leczenie
cukrzycy:

podmiot wykonujący
działalność leczniczą:

poradnia diabetologiczna:

**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

Akceptowalna

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 pojazdów:

Inne uwagi:

.....
(data sporządzenia opinii)

.....
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty w dziedzinie diabetologii
albo innego lekarza prowadzącego leczenie cukrzycy)