

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 numeru PESEL

adres
zamieszkania:

miejsowość

kod
pocztowy

ulica

numer domu / mieszkania

kandydat na kierowcę

kierowca

Cukrzyca

data
rozpoznania
:

Typ
cukrzycy:

lekarz
cukrzycy: prowadzący

leczenie

podmiot wykonujący
działalność leczniczą:

poradnia diabetologiczna:

Wiedza pacjenta dotycząca jego choroby, leczenia i powikłań:

Wysoka

Dostateczna

Niedostateczna

Umiejętność kontrolowania glikemii:

kontrolowania

Dobra

Akceptowalna

Niska

Świadomość hipoglikemii, umiejętność zapobiegania i przeciwdziałania:

Dobra

Niedostateczna

Występowanie objawów hipoglikemii:

objawów

prodromalnych

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 pojazdów:

Inne uwagi:

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

.....
(data sporządzenia opinii)