

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

**KARTA KONSULTACYJNA DIABETOLOGICZNA DO BADAŃ
LEKARSKICH KIEROWCÓW I OSÓB UBIELAJĄCYCH 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

.....
pieczęćka i podpis specjalisty diabetologa