

## ANKIETA DO BADANIA MR STAWÓW

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE LITERAMI DRUKOWANYMI PONIŻSZEJ ANKIETY I O ZAZNACZENIE KÓŁKIEM WŁAŚCIWYCH ODPOWIEDZI.

Imię i Nazwisko:

1. Który staw ma być badany?

	Lewy	Prawy
--	------	-------

2. Doszło do urazu?

Tak	Nie	Jeżeli tak, to kiedy? .....
-----	-----	--------------------------------

3. Czy staw był operowany?

Tak	Nie	Jeżeli tak, to kiedy? .....
		Rodzaj zabiegu/operacji? .....

4. Jeśli występują dolegliwości bólowe to:

Gdzie zlokalizowany jest ból? .....
--

Jakie ma nasilenie?

Stałe	Zmienne
-------	---------

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
Brak bólu      Łagodny      Umiarkowany      Mocny      Ból nie do wytrzymania

5. Czy zachowana jest pełna ruchomość w stawie?

Tak	Nie
-----	-----

Jeżeli nie to proszę określić rodzaj jej ograniczenia?

Pełna	Nadmierna
-------	-----------

6. Czy uprawia Pan/Pani sport?

Tak	Nie
-----	-----

Jeżeli tak to jaki?

.....  
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....  
Data i podpis pacjenta małoletniego który ukończył 16 rok życia