

Nr badania

Data i godzina badania

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

dzień

miesiąc

rok

1. Dolegliwości badanego stawu

Ból

- ból przy schodzeniu ze schodów
- ból przy wchodzeniu po schodach
- ból w przedniej części kolana
- ból w dole kolanowym

Przeskakiwanie

Inne dolegliwości stawu

2. Czy doznał/a Pan/Pani urazu badanego stawu?

- NIE TAK, jeżeli tak to kiedy? _____

3. Czy badany staw był poddany artroskopii?

- NIE TAK, jeżeli tak to kiedy? _____

4. Czy na badanym stawie przeprowadzono zabieg operacyjny?

- NIE TAK, jeżeli tak to kiedy i jaki? _____

5. Czy były nakłucia stawu?

- ściągany płyn? podawany lek do stawu?

6. Czy uprawia Pani/Pan sport?

- NIE TAK, jeżeli tak to jaki? _____

i w jakim nasileniu?

wyczynowo

codziennie

sporadycznie

amatorsko

raz w tygodniu

Podpis i pieczętka lekarza kierującego

Data i podpis pacjenta