

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 / opiekuna prawnego pacjenta