

Imię i nazwisko

1. Który odcinek ma być badany? szyjny / piersiowy / lędźwiowo- krzyżowy

2. Czy doszło do urazu kręgosłupa? TAK NIE

Jeżeli tak to kiedy?

3. Czy kręgosłup był operowany? TAK NIE

Jeżeli tak, proszę podać kiedy

Rodzaj operacji

4. Czy występują dolegliwości bólowe? TAK NIE

Gdzie jest zlokalizowany ból?

Jakie ma nasilenie w skali 1-10?

Od kiedy ból występuje?

Czy promieniuje do kończyn? TAK NIE

strona PRAWA LEWA

5. Czy występują zaburzenia czucia? TAK NIE

6. Czy Pan/Pani leczy się zachowawczo/rehabilitacja TAK NIE

7. Dodatkowe uwagi