

Imię i nazwisko

1. Który staw ma być badany? PRAWY LEWY

2. Czy doszło do urazu? TAK NIE

Jeżeli tak proszę podać kiedy

3. Czy staw był operowany? TAK NIE

Jeżeli tak, proszę podać kiedy

Rodzaj operacji

4. Czy występują dolegliwości bólowe? TAK NIE

Jakie mają nasilenie?

Od kiedy występują?

5. Ruchomość w stawie jest PEŁNA / OGRANICZONA / NADMIERNA

6. Cechy niestabilności stawu / skłonność do zwichnięć TAK NIE

7. Czy objawom towarzyszy obrzęk / zmiany skórne / płyn w stawie

8. Dolegliwości : pojawiły się po raz pierwszy / są nawracające

9. Czy uprawia Pan / Pani sport? TAK NIE

Jeżeli tak to jaki?

Jak często?

10. Czy leczy się Pan/ Pani na inne choroby ogólnoustrojowe? Jakież?

.....

11. Dodatkowe uwagi