

**BADANIE PODMIOTOWE
(OBOWIĄZKOWA ANKIETA DLA PACJENTA)**

Imię i nazwisko Tel.

Adres zamieszkania

PESEL

--

Skargi badanego (czy coś obecnie Pani/u dolega?)

TAK

NIE

Co?

Opis:

Informacja o stanie zdrowia - proszę zaznaczyć przebyte choroby	TAK	NIE
Urazy czaszki		
Urazy układu ruchu		
Choroby nowotworowe		
Choroby układu krążenia		
Cukrzyca		
Choroby układu krwiotwórczego		
Choroby układu ruchu		
Wywiad ginekologiczno – położniczy (miesięczka, ciąża, leki hormonalne)		

Proszę ocenić stan obecny swojego układu ruchu.

- | | | | |
|------|--|-----|-----|
| I. | Ból lub drętwienie przynajmniej jednej kończyny górnej (ręki). | | |
| | 1. Podczas dłuższej pracy fizycznej | TAK | NIE |
| | 2. W nocy lub po obudzeniu się | TAK | NIE |
| | 3. Przed komputerem, telewizorem lub nad blatem stołu | TAK | NIE |
| II. | Ból lub drętwienie przynajmniej jednej kończyny dolnej (nogi). | | |
| | 1. Podczas spania | TAK | NIE |
| | 2. W pozycji siedzącej (biurko, samochód, fotel) | TAK | NIE |
| | 3. W skłonie (zakładanie butów, podnoszenie) | TAK | NIE |
| | 4. Podczas chodzenia (ile minut | TAK | NIE |
| III. | Bóle lub sztywność stóp. | | |
| | 1. W czasie chodzenia (po jakim czasie | TAK | NIE |
| | 2. Pierwsze kroki po nocy | TAK | NIE |
| IV. | Dolegliwości z dużych stawów | | |
| | 1. Barku podczas sięgania na plecy ręką | TAK | NIE |
| | 2. Łokcia w trakcie powitalnego uścisku ręki | TAK | NIE |
| | 3. Łokcia przy podnoszeniu kubka | TAK | NIE |
| | 4. Kolana (przysiady, marsz, schody) | TAK | NIE |
| | 5. Pachwiny (szybki marsz, schody) | TAK | NIE |
| V. | Bóle pleców lub karku | | |
| | 1. Podczas siedzenia | TAK | NIE |
| | 2. W skłonie (zakładanie butów, bielizny, podnoszenie) | TAK | NIE |
| | 3. W czasie chodzenia | TAK | NIE |
| | 4. Podczas pływania (jakim stylem | TAK | NIE |
| | 5. W pozycji leżącej. (Której: plecy, brzuch, strona) | TAK | NIE |
| | 6. W pozycji stojącej | TAK | NIE |

	TAK	NIE	Opis - uwagi
Czy przebył/a Pan/i zabiegi operacyjne? Jakiej? Kiedy?			
Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy przyjmuje Pan/i leki? Jakiej?			

Oświadczam, że zrozumiałem (-am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem (-am) na nie zgodnie z prawdą.

.....
data i podpis badanego

.....
podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe