Fortbildungen für Orthopädische Medizin und Manuelle Therapie

Drogi pacjencie, droga pacjentko
Naszym celem jest optymalne leczenie, z tego powodu potrzebujemy od Pana/Pani klika informacji dotyczących danych osobowych i obrazu dolegliwości. Wszystkie podane informacje podlegają prawu o ochronie danych osobowych i zostaną wykorzystane tylko przez terapeutę w trakcie terapii.
Dziękujemy za udzielenie odpowiedzi na pytania.

Nazwisko: Imię:

Adres:

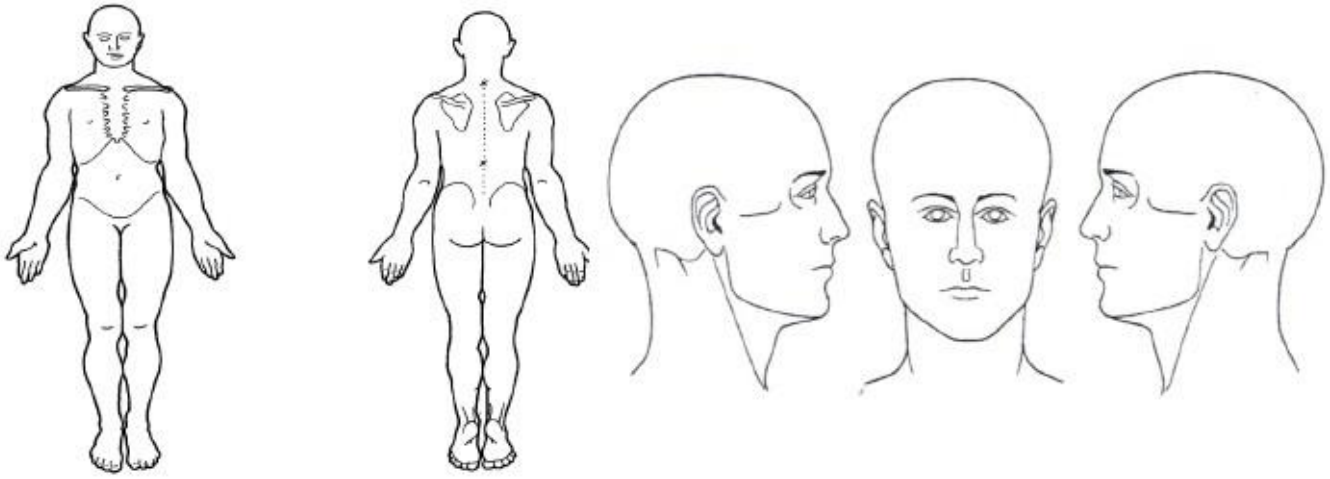
Telefon:

Email

Sport/Hobby:

Wiek: Zawód:

1. **Gdzie** ma Pan/Pani **dolegliwości**?(proszę zaznaczyć na rysunkach poniżej)



2.) Co jest aktualnie Pana/Pani **główną dolegliwością**? _____

3.) Czy ma Pan/ Pani dolegliwości **bólowe**? tak □ nie □

4.) Czy Pana/Pani **ruchomość** jest zmieniona? tak □ nie □

5.) Czy Pana/Pani **czucie** jest zmienione? (mrowienie, drętwienie) tak □ nie □

6.) Czy odczuwa Pan/Pani **utratę siły**? tak □ nie□

7.) Co w ciągu **dnia codziennego** powoduje pojawienie się **dolegliwości**?_____

8.) Od **jak dawana** ma Pan/Pani **dolegliwości**? _____

9.) Czy była jakaś **konkretna sytuacja**, która wywołała Pana/Pani objawy? (upadek, wypadek itp.)

_____

10.) Co **poprawia** Pana/Pani dolegliwości? (aktywność, ruch, spoczynek, stanie, siedzenie, leżenie, chodzenie, noszenie itp.)

_____

11.) Co **pogarsza** Pana/Pani dolegliwości ?(aktywność, ruch, spoczynek, stanie, siedzenie, leżenie, chodzenie, noszenie itp.)

_____

12.) Jak **silny** jest Pana/Pani **ból w tym momencie**? (proszę zaznaczyć na skali poniżej)

(brak bólu) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maksymalny ból)

13.) Jak **silny** jest Pana/Pani **maksymalny ból**? (proszę zaznaczyć na skali poniżej)

(brak bólu) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (maksymalny ból)

14.) Pana/Pani dolegliwości są **ciągle/z przerwami** (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

15.) Pana/Pani dolegliwości są (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź) bez zmian/coraz mniejsze/coraz gorsze

16.) Czy ma Pan/ Pani dolegliwości podczas (proszę zaznaczyć) **kaszlenia/kichania/parcia/połykania** tak □ nie □

17.) Czy ma Pan/ Pani **zaburzenia chodu lub zaburzenia równowagi**? tak □ nie□

18.) Czy jest Pani w **ciąży**? tak □ nie □

19.) Czy ma Pan/Pani **ból głowy**? tak □ nie □

20.) Czy cierpi Pan/Pani na **zawroty głowy, nudności, utraty przytomności, zaburzenia połykania**? tak □ nie □

21.) Czy jest Pan/Pani chory na **cukrzycę, reumatyzm, osteoporozę**? tak □ nie □

22.) Czy ma Pan/Pani **problemy z organami wewnętrznymi** (zgagę, zaparcia itp.)? tak □nie □

23.) Czy ma Pan/Pani inne choroby (nadciśnienie, gorączkę, niedomaganie)? tak □ nie □

24.) Czy przyjmuje Pan/Pani **leki**? tak □ nie □

25.) Czy miał Pan/Pani w ciągu życia **zdiagnozowaną zmianę nowotworową**? tak □ nie□

26.) Czy ma Pan/Pani **ból w nocy**? tak □ nie □

27.) Czy w ostatnich tygodniach zauważył Pan/Pani **niekontrolowaną utratę wagi**? tak □ nie □

28.) Czy w ostatnich tygodniach miał Pan/Pani **gorączkę lub potliwość nocną**? tak □ nie □

29.) Czy miał Pan/Pani w swoim życiu **wypadek i/lub operację**? tak □nie □

30.) Czy ma Pan/Pani **inne dolegliwości**, które nie mają związku z aktualnym problemem (problemy ze wzrokiem, słuchem, mową, nietrzymanie moczu itp.) tak □ nie □

31.) Czy boi się Pan/Pani, że ruch/obciążenie mogą powodować **pogorszenie**? tak □ nie □

32.) Czy wydaje się Panu/Pani, że problem będzie się **długo utrzymywał**? tak □ nie □

33.) Jaka **diagnostyka/ terapia** została u Pana/Pani do tej pory wykonana? (proszę zaznaczyć)
zdjęcie RTG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, ostrzykiwanie, masaż, fizjoterapia, inne:_____

34.) Jakie są Pana/Pani **oczekiwania i cele** wobec tej terapii? _____