

Imię i Nazwisko

Który staw ma być badany? lewy prawy

Czy doszło do urazu stawu? tak nie

Jeżeli tak, to kiedy ?

Czy staw był operowany? tak nie

Jeżeli tak, to kiedy ?

Rodzaj zabiegu/operacji:

Czy występują dolegliwości bólowe? tak nie

Gdzie zlokalizowany jest ból?

Stopień nasilenia bólu? stałe zmienne

PROSZĘ O ZAZNACZENIE NASILENIA BÓLU W SKALI 1-10

<i>słaby</i>		<i>średni</i>						<i>mocny</i>	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Czy zachowana jest pełna ruchomość w stawie? tak nie

Jakie są ograniczenia?

Czy uprawia PAN/PANI systematycznie sport? tak nie

Jaki?