

Badanie MR Kwestionariusz dotyczący badania stawu

...../...../20.....

Data badania

.....

Nr badania

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

Dzień

Miesiąc

Rok

1. Dolegliwości badanego stawu

Ból.....

Przeskakiwanie.....

Inne dolegliwości stawu

.....
.....

2. Czy doznał/a Pani/Pan urazu badanego stawu?

Nie

Tak, jeżeli tak to kiedy?

3. Czy badany staw był poddany artroskopii?

Nie

Tak, jeżeli tak to kiedy?.....

4. Czy na badanym stawie przeprowadzono zabieg operacyjny

Nie

Tak, jeżeli tak to kiedy i jaki?

.....
(proszę dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala)

5. Czy były nakłucia stawu?

Ściągany płyn

Podawany lek do stawu?

6. Czy uprawia Pani/Pan sport?

Nie

Tak, jeżeli tak to jaki?

I w jakim nasileniu?