

VSTUPNÍ

KONTROLNÍ #

Datum a čas vyšetření: \_\_\_\_\_

JMÉNO, PŘÍJMENÍ \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_

Věk \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Povolání \_\_\_\_\_

Pracovní zatížení Sed: \_\_\_\_\_ / Stoj: \_\_\_\_\_ / Prac. pohyb: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Aktuální pohybové zájmy

Druh aktivity

Omezení  
Ano / Ne

/

/

/

**VAS**

Visual analog scale

\_\_\_\_\_

**IP**

Intenzita parestézií

\_\_\_\_\_

**Operace** \_\_\_\_\_

**Úrazy** \_\_\_\_\_

**Léky** \_\_\_\_\_

### Současné potíže / Symptomy

Konstantní

Intermitentní

**Stádium bolesti**  Akutní (do 14 dnů)  Subchronické (14 dní – 3 měsíce)  Chronické (3+ měsíců)

**Počátek bolesti** \_\_\_\_\_

**Dosavadní terapie** \_\_\_\_\_

Vyšetř. metody:  RTG  CT  MRI

Nález: \_\_\_\_\_

**Noční bolesti**  Ano /  Ne

**Poloha spánku**  Záda  Břicho  Levý bok

Pravý bok  Střídá polohy

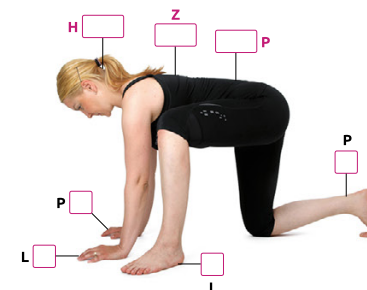
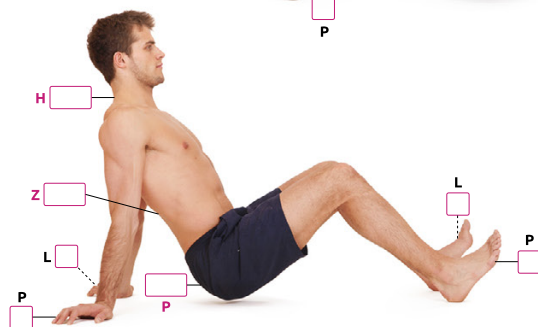
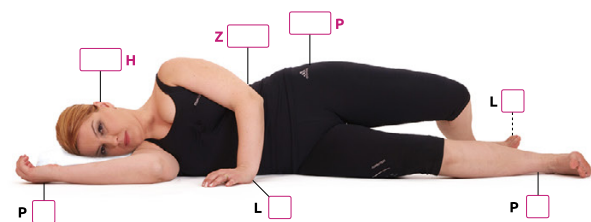
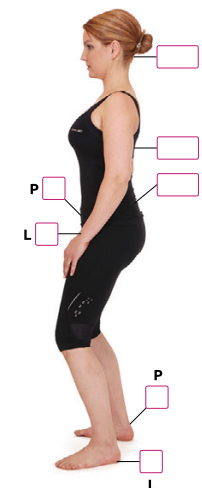
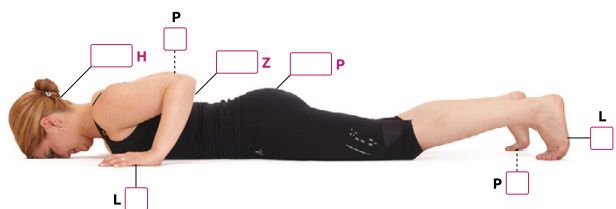
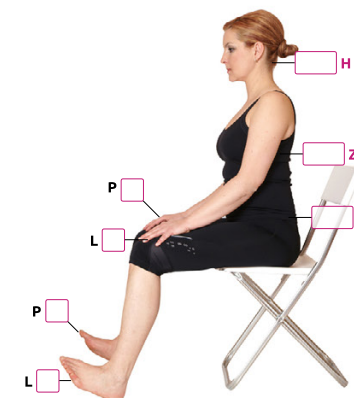
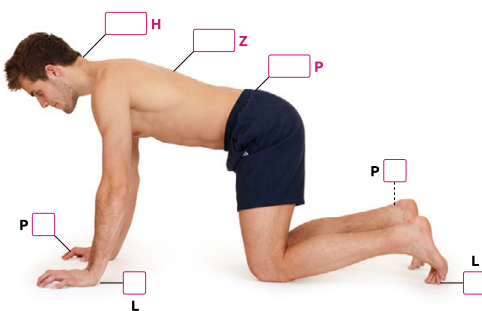
**Typ matrace**  Měkká  Tvrdá

Střed

**Omezení  
rozsahu pohybu**

**Poznámky**

**Symptomatika  
po terapii**



IRITAČNÍ	VAS	IP

ÚLEVOVÉ	VAS	IP

NAVRŽENÉ PRO TERAPII	Opakování	Serie