

☐ 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

Současné potíže / Symptomy

☐ Konstantní ☐ Intermitentní

Operace _____

Úrazy _____

Léky _____

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

Omezení
rozsahu pohybu

Počátek bolesti _____

Dosavadní terapie _____

Poznámky

Vyšetř. metody: ☐ RTG ☐ CT ☐ MRI Nález:

Noční bolesti ☐ Ano / ☐ Ne

Symptomatika
po terapii

Poloha spánku ☐ Záda ☐ Břicho ☐ Levý bok

☐ Pravý bok ☐ Střídá polohy

Typ matrace ☐ Měkká ☐ Střed ☐ Tvrdá

Vstávání z postele



Vstávání ze země



Vstávání ze země



Sed



Vstávání ze židle



Datum vyšetření	Iritační	VAS	Úlevové	VAS	Navržené pro terapii	Opakování	Série

Závěr a návrh terapie