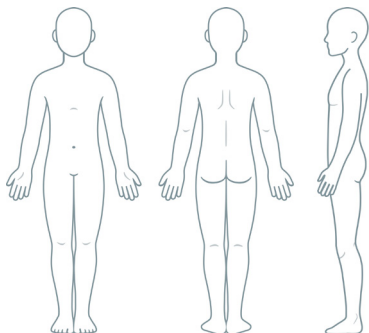


VSTUPNÍ

KONTROLNÍ #

Datum a čas vyšetření:

Zdravotní pojišťovna:



JMÉNO
PŘÍJMENÍ

Věk

Povolání

Výška

E-mail

Váha

Rodné číslo

Změny váhy za posl. rok: ↓ ↑

Diagnóza

SUBJEKTIVNÍ SOUČASNÉ POTÍŽE / Symptoms

Místo bolesti

VAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dosavadní terapie

Vyšetř. metody: RTG CT MRI Nález: _____

Operace / úrazy

Léky

Alergie

Gynekologie/ Urologie

Inkontinence Ano / Ne

PRAVIDELNÉ POHYBOVÉ AKTIVITY / Typ, intenzita a frekvence

Dechové obtíže Ano / Ne Léčí se? Ano / Ne

VYŠETŘENÍ MOBILITY HRUDNÍKU

Linie #1

Linie #2

Linie #3

Linie #4

VYŠETŘENÍ MOBILITY PÁNVE

SED Ano / Ne STOJ Ano / Ne LEH Ano / Ne

Popis / zařazení do terapie

ROZSAH POHYBU Není omezen / Hypermobilita / Omezen (viz Goniometrie)

Které klouby? Při jakých činnostech? Při jakých pohybech?

Pracovní prostředí / Ergonomie

→ Dotazník Pohybové strategie dle ACT

SED: Ano / Ne STOJ: Ano / Ne Chůze: Ano / Ne Břemena: Ano / Ne Váha _____

Domácí prostředí / Ergonomie

→ Dotazník Pohybové strategie dle ACT

Spánek Bez obtíží S obtížemi

Motorický vývoj / Motorický vývoj do 1. roku (uveďte ve kterém měsíci):

Otáčení _____ Sed _____ Lezení po čtyřech _____ Stoj _____ Chůze _____ nevím

Vyšetření aker na ruce / Typologie ruky

Norma Plochoručí: Typ I. Typ II. Typ III. Typ IV. Přístr. diagnostika: Ano Ne _____

Vyšetření aker na noze

Přístrojová diagnostika: Ano Ne _____ Typologie klenby nohy: Norma Jiné _____

Valgozita pat: Ano / Ne _____ Mech. osa DKK: Centrovaná Necentrovaná

Dosavadní terapie: Stélky Cvičení Žádná Plochoonoží v dětství: Ano / Ne

Poznámky

Terapie: Stélky Cvičení Žádná

Závěr a návrh terapie

Datum vyšetření

Vyšetřující
& autor protokolu