

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
_____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

VAS _____ **IP** _____
Visual analog scale Intenzita parestézií

Operace _____

Úrazy _____

Léky _____

Současné potíže / Symptomy

Konstantní Intermitentní

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: _____

Symptomatika po terapii _____

Noční bolesti Ano / Ne _____

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

Datum vyšetření

Vyšetřující & autor protokolu