

ANKIETA – BADANIE MR STAWU

Prosimy o wypełnienie ankiety, która pomoże w ocenie wyniku badania przez zespół lekarski.

Imię i nazwisko pacjenta :

PESEL :

Data badania:

1. **Który staw ma być badany?**

Proszę podać .....

Zanacz który : PRAWY czy LEWY ?

2. **Czy kiedykolwiek doszło do urazu stawu?**

TAK / NIE

Jeśli tak, to kiedy ?.....

3. **Czy występują dolegliwości bólowe?**

TAK / NIE

Jeśli tak, to proszę podać rodzaj bólu, lokalizację i nasilenie :..

.....

4. **Czy staw był operowany?**

TAK / NIE

Jeśli tak, proszę podać kiedy i jaki rodzaj zabiegu był przeprowadzony:

.....

5. **Jaka jest ruchomość w stawie: PEŁNA, OGRANICZONA, NADMIERNA.**

6. **Czy występują cechy niestabilności stawu – skłonności do zwichnięć?**

TAK / NIE

7. **Czy dolegliwości pojawiły się po raz pierwszy, czy są nawracające?**

.....

8. **Czy objawom towarzyszą : obrzęk, zmiany skórne?**

TAK / NIE

Jeśli tak, to od kiedy ?.....

9. **Czy leczy się Pani / Pan na inne choroby?**

TAK / NIE

Jeśli tak, to jakie ? .....

10. **Czy uprawia Pani / Pan sport?**

TAK / NIE

Jeśli tak, to jaki i jak często ? .....

11. **Dodatkowe uwagi:** .....

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Czytelny podpis pacjenta

Świdnica, dnia .....

.....

Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii, Pracownia Rezonansu Magnetycznego

tel. 74 630 60 60 – rejestracja, 74 632 01 97 - pracownia

e-mail: radiologia@szpital.swidnica.pl



System zarządzania  
ISO 9001:2015  
ISO 14001:2015  
ISO 45001:2018  
ISO/IEC 27001:2013  
www.tuv.com  
ID: 9105038237

ul. Leśna 27-29  
58-100 Świdnica

NIP: 884-22-01-447

spzoz@szpital.swidnica.pl  
www.szpital.swidnica.pl

REGON: 000311674

tel. 74 85 17 100  
fax 74 85 17 437

KRS: 0000085339