Kérjük nyomtatott betűkkel kitölteni!

Név:	Anyja neve:
Születési idő:	TAJ szám:

Kiegészítő vizsgálati kérdőív ízület képalkotó diagnosztikai vizsgálatának elvégzéséhez

— Kedves Páciensünk!

Kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre, válaszát a jelölőnégyzet használatával X jellel jelölje.

A vizsgálatot indikáló orvos

☐ Háziorvos ☐ Ortopéd-traumatológus ☐ Egyéb klinikus ☐ Saját kezdeményezés

A kiírás indikációja, a vizsgálatkérés oka

A vizsgálatot megelőzte-e klinikusi vizsgálat?		☐ Igen	☐ Nem
A vizsgálat előtt történt-e képalkotó vizsgálat?	Röntgen	☐ Igen	☐ Nem
	Ultrahang	☐ Igen	☐ Nem
	MRI	☐ Igen	☐ Nem

Ha történt, mi volt az eredménye: .....

Érez-e fájdalmat az ízületben: ☐ Igen ☐ Nem

Meghatározható-e a fájdalom pontos helye: ☐ Igen ☐ Nem

Ha IGEN, kérem jelölje:

☐ Elöl
☐ Hátul
☐ Külső szélen
☐ Belső szélen

Érte-e sérülés az ízületet? ☐ Igen ☐ Nem

Ha IGEN mikor és milyen mechanizmussal sérült? .....

Történt-e műtéti beavatkozás korábban az ízületben? ☐ Igen ☐ Nem

Ha IGEN mikor és milyen jellegű beavatkozás történt, mi volt a beavatkozás oka?

.....

Páciens (vagy törvényes képviselőjének) aláírása