

Ankieta ogólna

Imię i nazwisko _____

Wiek _____

e-mail _____ @ _____

Telefon _____

Kiedy możemy do Ciebie zadzwonić,
aby umówić termin konsultacji

- rano w południe
 popołudniem wieczorem

Jaki jest główny cel, który chciałaby Pani osiągnąć w LaLoba Care&Activity _____

Rodzaj wykonywanej pracy: _____ Ile godzin pracuje Pani w ciągu dnia: _____

Hobby/sport: _____ Ile godzin poświęca Pani na sport w ciągu tygodnia: _____

Czy występują u Pani przewlekłe choroby (np. cukrzyca, nadciśnienie, nowotwór itp.): NIE TAK

Jeśli TAK to jakie: _____

Czy zauważyła Pani utratę wagi przez ostatnie 6 tyg. o ok. 5kg bez stosowania diety: NIE TAK

Czy doznała Pani urazu (np. złamania, skręcenia itp.): NIE TAK

Jeśli TAK to czego dotyczył i kiedy wystąpił: _____

Czy miała Pani zabieg chirurgiczny: NIE TAK

Jeśli TAK to czego dotyczył i kiedy był wykonany: _____

Czy przyjmuje Pani leki: NIE TAK

Jeśli TAK to jakie: _____

Czy korzystała Pani z pomocy fizjoterapeuty: NIE TAK

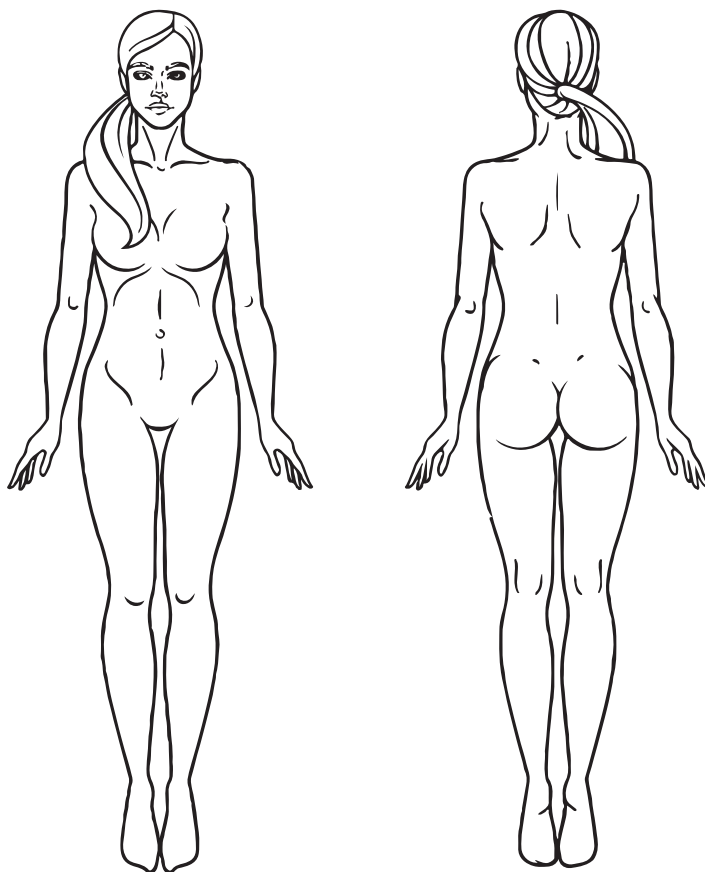
Jeśli TAK, to jakiego problemu dotyczył: _____

Czy rodziła Pani? NIE TAK Kiedy: _____

Karta ciała

Proszę zaznaczyć miejsca w których odczuwa Pani ból.

Główny problem bólowy, czego dotyczy:



Kiedy się zaczął problem: _____

Jaki rodzaj bólu odczuwasz: palący kłujący piekący inny _____

Kiedy ból się pojawia/przy jakiej czynności: _____ Jak długo trwa: _____

Czy jest jakaś pozycja, która niweluje ból: NIE TAK Jaka: _____

Czy ból wybudza ze snu: NIE TAK Jak długo trwa: _____

Kiedy ból się nasila? pora dnia nie ma znaczenia rano wieczorem

Czy już kiedyś wystąpił podobny problem: NIE TAK Kiedy: _____

Czy była już prowadzona rehabilitacja: NIE TAK Jaka i kiedy: _____

Ankieta dotycząca dysfunkcji mięśni dna miednicy mniejszej

- Czy jesteś osoba aktywną NIE TAK
- Jak często uprawia Pani sport (w tygodniu): 1x 2x 3x więcej
- Czy mimowolnie gubi Pani mocz? NIE TAK
- Czy zdarzyło się Pani gubić mocz podczas kaszlu lub kichania? NIE TAK
- Czy zdarzyło się Pani gubić mocz podczas zajęć fitness lub innego wysiłku fizycznego? NIE TAK
- Czy zdarzyło się Pani gubić mocz podczas śmiechu? NIE TAK
- Czy zdarzyło się Pani gubić mocz podczas wychodzenia po schodach? NIE TAK
- Czy zdarzyło się Pani gubić mocz podczas podnoszenia torby z zakupami? NIE TAK
- Czy oddaje Pani mocz więcej niż 6 raz dziennie? NIE TAK
- Czy oddaje Pani mocz w nocy? NIE TAK
- Czy odczuwa Pani parcie na mocz niemożliwe do opanowania i musi Pani niemal od razu skorzystać z toalety? NIE TAK
- Czy oddawaniu moczu towarzyszy ból? NIE TAK
- Czy odczuwa pani ból podczas niemal każdego stosunku płciowego? NIE TAK
- Czy ma Pani uczucie, że po zakończeniu oddawania moczu pęcherz nie jest całkiem opróżniony? NIE TAK
- Czy była Pani w ciąży więcej niż 1 raz? NIE TAK
- Czy miała Pani nacinane krocze lub było ono uszkodzone podczas porodu? NIE TAK
- Czy miała Pani operacje na podbrzuszu (w tym cesarskie cięcie) lub zabiegi przez pochwę? NIE TAK

Uwagi dla fizjoterapeutki:

Data wypełnienia _____ 2019 r.

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Ankieta opracowana przez fizjoterapeutki z LaLoba Care&Activity na podstawie kwestionariusza Gaudenza
