

**ANKIETA DODATKOWA  
DO BADANIA W REZONANSIE MAGNETYCZNYM**

**STAW KOLANOWY**

Do wypełnienia przez pacjenta przed badaniem metodą rezonansu magnetycznego

**Nazwisko, imię**

Nazwisko	Imię
----------	------

**PESEL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Badana okolica:**

Strona badana	Prawa [ ]	Lewa [ ]
---------------	-----------	----------

**Czy:**

Czy występuje ból stawu kolanowego	TAK [ ]	NIE [ ]
Ból przy schodzeniu ze schodów	TAK [ ]	NIE [ ]
Ból przy wchodzeniu po schodach	TAK [ ]	NIE [ ]
Ból w przedniej części kolana	TAK [ ]	NIE [ ]
Ból w dole podkolanowym	TAK [ ]	NIE [ ]
Przeskakiwanie	TAK [ ]	NIE [ ]
Inne dolegliwości, jakie:	TAK [ ]	NIE [ ]
Czy doznał/a Pan/Pani urazu badanego stawu, jeśli tak to kiedy?	TAK [ ]	NIE [ ]
Czy badany staw był poddany operacji, jeśli tak to kiedy i jakiej? O ile to możliwe prosimy załączyć kopię dokumentacji medycznej	TAK [ ]	NIE [ ]
Czy było wykonywane nakłucie stawu kolanowego	TAK [ ]	NIE [ ]
- Jeśli tak to czy był ściągany płyn (jaki?)	TAK [ ]	NIE [ ]



- Jeśli tak to czy był podawany lek dostawowo	TAK [ ]	NIE [ ]
Czy uprawia Pan sport, jeśli tak to w jakim nasileniu. Wyczynowo [ ], Amatorsko [ ] Codziennie [ ], Raz w tygodniu [ ], Sporadycznie [ ]	TAK [ ]	NIE [ ]

**Data**

**Czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna**

  .....
---------------

----------