Kwestionariusz medyczny
przed wykonaniem badania MR

ZDROWIE

Nazwisko i imię pacjenta	PESEL

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza.
Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Czy występuje u Pana/Pani:

1. Czy doszło do urazu stawu, którego dotyczy badanie? ☐ tak ☐ nie
   Jeśli tak, proszę podać kiedy: .....

2. Czy dotychczas wykonywano u Pana/Pani operację stawu, którego dotyczy badanie? ☐ tak ☐ nie
   Jeśli tak, proszę podać rodzaj zabiegu i datę jego wykonania: .....

3. Czy występują u Pana/Pani dolegliwości bólowe stawu? ☐ tak ☐ nie
   Jeśli tak, proszę podać rodzaj i lokalizację bólu: .....

4. Proszę określić ruchomość w stawie: pełna/ograniczona/nadmierna

5. Czy występują skłonności do zwichnięć lub niestabilności stawu? ☐ tak ☐ nie

6. Czy objawom towarzyszy obrzęk? ☐ tak ☐ nie

7. Czy objawom towarzyszy płyn? ☐ tak ☐ nie

8. Czy dolegliwości pojawiły się u Pana/Pani po raz pierwszy? ☐ tak ☐ nie

9. Czy uprawia Pan/Pani sport? ☐ tak ☐ nie
   Jeśli tak, proszę zaznaczyć odpowiednią opcję: .....

10. Czy występowały lub występują u Pana/Pani objawy innych chorób ustrojowych? ☐ tak ☐ nie
    Jeśli tak, proszę podać jakie: .....

Miejscowość i data	Podpis pacjenta lub jego prawnego opiekuna

* Załącznik nr 1 do kwestionariusza medycznego przed wykonaniem badania MR

TOMMA Diagnostyka Obrazowa S. A., Poznań 60-147, ul. Piotra Ściegiennego 84 a, NIP: 777-10-59-609, Sąd Rejonowy Poznań - Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu
VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, Numer KRS: 0000631790. Wysokość kapitału zakładowego: 150 000,00 zł.