



AKSIS

specijalna bolnica za
neurokirurgiju i ortopediju

Ime i prezime _____ Datum _____

Adresa _____ Dob _____

Kontakt broj _____ Zanimanje _____

1. Kada i kako su počele Vaše tegobe: _____

2. Što tj. koje aktivnosti pojačavaju Vaše tegobe:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tijekom vježbanja | <input type="checkbox"/> Naginjanje naprijed |
| <input type="checkbox"/> Poslije vježbanja | <input type="checkbox"/> Naginjanje unazad |
| <input type="checkbox"/> Sjedenje | <input type="checkbox"/> Kihanje |
| <input type="checkbox"/> Stajanje | <input type="checkbox"/> Kašljanje |
| <input type="checkbox"/> Ležanje | <input type="checkbox"/> ostalo: _____ |

3. Koje aktivnosti umanjuju Vaše tegobe:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ležanje | <input type="checkbox"/> Tablete protiv bolova |
| <input type="checkbox"/> Sjedenje | <input type="checkbox"/> Naginjanje naprijed |
| <input type="checkbox"/> Hodanje | <input type="checkbox"/> Naginjanje unazad |
| <input type="checkbox"/> Stajanje | <input type="checkbox"/> ostalo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fizikalne terapije | |

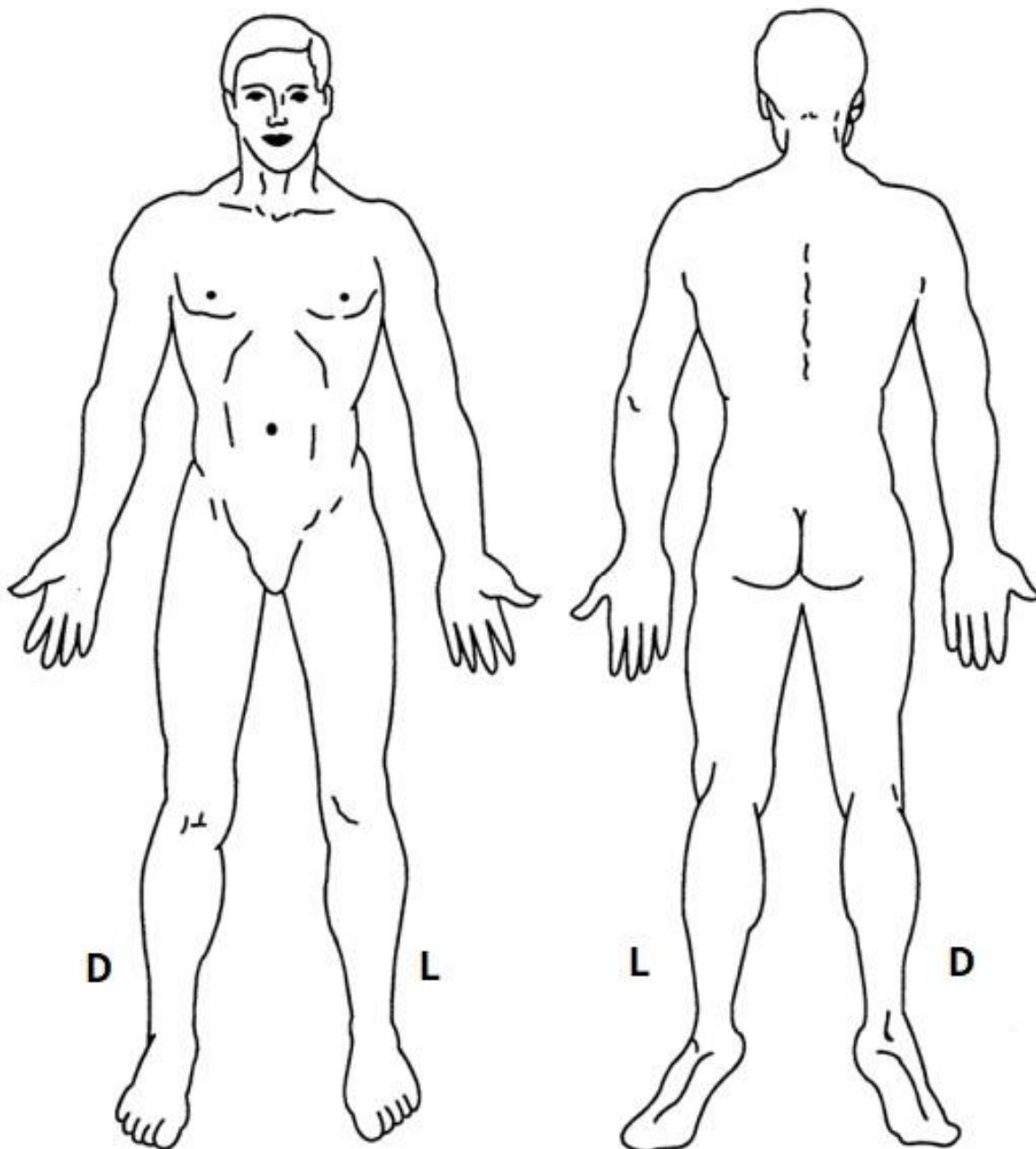
4. Koliko dugo imate problema s leđima / vratom: _____ mjeseci.

5. Koliko dugo imate problema s nogama / rukama: _____ mjeseci.

6. Da li ste prethodno operirani zbog gore navedenih problema, ako jeste, gdje, kada i tko Vas je operirao, te kakva je operacija rađena:

7. Lokacija i distribucija Vaših simptoma: molimo na slici označite područja gdje osjećate određene senzacije (bol, utrnulost, trnce, žarenje, probadanje):

ΛΛΛΛ	0000	====	XXXX	////					
ΛΛΛΛ	bol	0000	utrnulost	====	trnci	XXXX	žarenje	////	probadanje
ΛΛΛΛ	0000	====	XXXX	////					



8. Molimo označite na liniji

Kakva je sada Vaša bol u leđima/vratu:



Kakva je sada Vaša bol u nogama/rukama:



(1 = nema boli, 10 = najveća moguća bol)

9. Pisani opis Vaših tegoba, problema, bolova i ostalo za što smatrate da će nam biti korisno u razumijevanju Vaše situacije:

VLASTORUČNI POTPIS:
