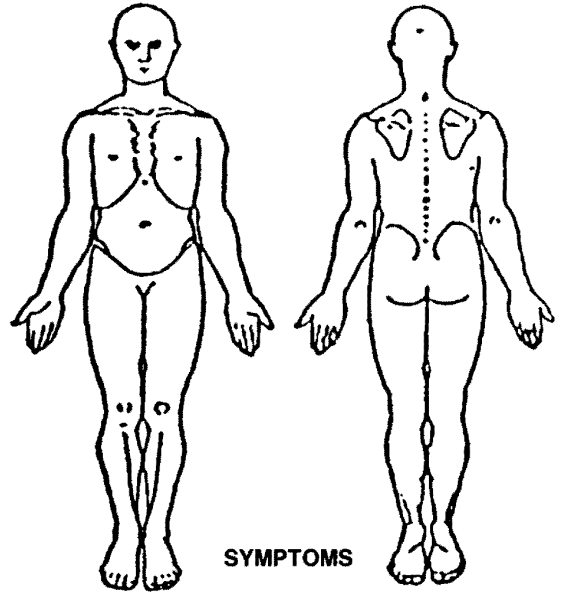




# McKENZIE INTÉZET FELSŐ VÉGTAG VIZSGÁLAT

Dátum \_\_\_\_\_  
 Név \_\_\_\_\_ Neme: F/N  
 Cím \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 Születési idő \_\_\_\_\_ Kor \_\_\_\_\_  
 Beutaló: Házi / Orth / önálló / más \_\_\_\_\_  
 Munka: Mechanikai terhelés \_\_\_\_\_



Szabadidő: Mechanikai terhelés \_\_\_\_\_  
 Funkcionális korlátozottság jelen tünetek miatt \_\_\_\_\_  
 Funkcionális korlátozottság értéke \_\_\_\_\_  
 VAS értéke (0-10) \_\_\_\_\_

## KÓRTÖRTÉNET

Jelenlegi tünetek \_\_\_\_\_  
 Mióta \_\_\_\_\_ Javul / Változatlan / Romlik  
 Kiváltó ok \_\_\_\_\_ Ismeretlen  
 Kezdeti tünetek \_\_\_\_\_ Paraesthesia: Van / Nincs  
 Gerinc kortörténet \_\_\_\_\_ Köhögés / Tüsszentés + / -  
 Állandó tünetek: \_\_\_\_\_ Időszakos tünetek: \_\_\_\_\_

**Roszzabbodik** előrehajlítás ülés nyak fordítása öltözködés nyúlás fogás  
 reggel / a nap folyamán / este nyugalomban / mozgásra Alvás: hason / háton / old J / B  
 Más \_\_\_\_\_

**Javul** előrehajlítás ülés nyak fordítása öltözködés nyúlás fogás  
 reggel / a nap folyamán / este nyugalomban / mozgásra Alvás: hason / háton / old J / B  
 Más \_\_\_\_\_

Folyamatos használatból a fájdalom: Jobb Rosszabb Nincs hatás Alvás zavar Igen / nem  
 Nyugalmi fájdalom van / nincs Helye: Nyak / Váll / Könyök / Csukló / Kéz  
 Más kérdések: Duzzanat Akadozik / Kattog / Beakad Kiugrik

Korábbi kortörténet \_\_\_\_\_

Korábbi kezelések \_\_\_\_\_

Általános egészség: Jó / Közepes / gyenge \_\_\_\_\_

Gyógyszerek: Nem / NSZGYCS / FájdCsill / Sztteroid / Antikoag / Egyéb \_\_\_\_\_

Képzőanyag: Igen / Nem \_\_\_\_\_

Utóbbi időben vagy Jelentős műtét: Igen / nem \_\_\_\_\_ Éjszakai fáj: Igen / Nem \_\_\_\_\_

Balesetek: Igen / Nem \_\_\_\_\_ Indokolatlan súlyvesztés: Igen / Nem \_\_\_\_\_

**Összegzés** Akut / Szub-akut / Krónikus Trauma / Fokozatos kezdet

Fizikális vizsgálat helye Nyak / Váll / Könyök / Csukló / Kéz Más: \_\_\_\_\_



