

Badanie MRI  
Kwestionariusz dotyczący  
badania stawu kolanowego

..... / ..... / 20.....  
Data badania                      Nr badania

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

dzień

miesiąc

rok

### 1. Dolegliwości badanego stawu

#### Ból

- ból przy schodzeniu ze schodów  
 ból przy wchodzeniu po schodach  
 ból w przedniej części kolana  
 ból w dole kolanowym

#### Przeskakiwanie

- kolano przeskakuje

#### Inne dolegliwości stawu

.....  
.....  
.....  
.....

### 2. Czy doznał/a Pani/Pan urazu badanego stawu kolanowego?

- NIE       TAK, jeżeli tak to kiedy? .....

### 3. Czy badany staw był poddany artroskopii?

- NIE       TAK, jeżeli tak to kiedy? .....

### 4. Czy na badanym kolanie przeprowadzono zabieg operacyjny?

- NIE       TAK, jeżeli tak to **kiedy i jaki?** .....

(Jeżeli można to proszę dołączyć kopię wypisu ze szpitala)

### 5. Czy były nakłucia stawu kolanowego?

- ściągany płyn?       podawany lek do stawu?

### 6. Czy uprawia Pani/Pan sport?

- NIE       TAK, jeżeli tak to jaki? .....

- i w jakim nasileniu?     wyczynowo       codziennie       sporadycznie  
 amatorsko       raz w tygodniu