



Zdravotní dotazník pro pacienty se skoliózou

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Telefon:

e-mail:

Adresa:

- 1) Co očekáváte od programu/terapie?
- 2) Co považujete za svůj největší problém/obtíže?
- 3) Omezuje Vás skolióza? Pokud ano, v čem.
Např. Necítíte se pohodlně v situacích, kde jsou vidět Vaše záda. Díky skolióze jste se vzdal(a) aktivit a koníčků, které jinak máte rádi atd.
- 4) Skolióza je součástí Vás a lidé Vás akceptují, takovou jaká jste (takového jaký jste).
ANO/NE
- 5) Máte nějakou zkušenost s psychoterapií? Pokud ano, jakou konkrétně?
- 6) Kdy byla zjištěna skolióza, jaká byla dosavadní terapie? CO a JAK často cvičíte?
- 7) Bylo provedeno RTG nebo jiné vyšetření? Popis lékařské zprávy:
- 8) Nosíte ortézu? ANO - kolik hodin? / NE

- 9)** Máte bolesti? Kde a jak často. Pokud jsou bolesti, při čem je úleva či zhoršení?
- 10)** Máte poruchy spánku? ANO/NE V jaké spíte poloze?
- 11)** Měl(a) jste jako dítě problémy s kyčlemi či jiné onemocnění v dětství?
- 12)** Úrazy, operace, jizvy, onemocnění vnitřních orgánů, gynekologické problémy, alergie, astma, ekzém, problémy s klouby,..... DŘÍVE / NYNÍ
- 13)** Léky, které trvale užíváte:
- 14)** Nosíte vložky do bot nebo speciální boty? ANO - jaké? / NE
- 15)** Jaká je Vaše pracovní (nejčastější) poloha? KOLIK hodin?
- 16)** Sport, volný čas, relaxace:
- 17)** Skolióza v rodině ANO – kdo? / NE, jiná závažná onemocnění v rodině:
- 18)** Další případné skutečnosti, které byste chtěli sdělit:

Souhlas pacienta:

Odesláním dotazníku souhlasíte s posíláním informací (osobních údaje, lékařské zprávy) prostřednictvím elektronického kanálu na e-mailovou adresu.

V souladu s GDPR pravidly (ochrana osobních údajů) bych vás ráda informovala, že vaše emailové adresy uchovávám na zabezpečeném nosiči a bez přístupu třetí strany.