

**ANKIETA - załącznik do badania**  
**REZONANS MAGNETYCZNY stawu kolanowego / skokowego**

Dotyczy: ☐ staw kolanowy ☐ staw skokowy

**Imię i nazwisko Pacjenta:** .....

**1. Badany staw kolanowy / skokowy:**            ☐ PRAWY            ☐ LEWY

## 2. Dolegliwości bólowe:

[ ] ból przy schodzeniu ze schodów [ ] ból przy wchodzeniu po schodach  
[ ] ból w przedniej części kolana [ ] ból w dole kolanowym  
[ ] uczucie przeskakiwania w stawie  
[ ] inne dolegliwości: .....

**3. Czy doznał/a Pan/i urazu badanego stawu kolanowego / skokowego?**

☐ NIE ☐ TAK, proszę podać kiedy: .....

#### 4. Czy badany staw był poddany zabiegowi operacyjnemu?

[ ] NIE

[ ] TAK, proszę podać kiedy i jaki rodzaj: .....

**5. Czy było wykonywane nakłucie stawu kolanowego / skokowego?**

☐ NIE ☐ TAK

☐ był ściągany płyn ☐ był podawany lek odstawowo

**6. Czy uprawia Pan/i sport? Jeśli tak, to w jakim nasileniu?**

[ ] NIE

[ ] TAK, proszę podać o jakim nasileniu

[ ] wyczynowo [ ] amatorsko

[ ] codziennie [ ] raz w tygodniu [ ] okazjonalnie

7. Czy załączono poprzednie badania? (RTG, USG, TK, MR, inne)      ☐ NIE      ☐ TAK,

8. Czy załączono karty informacyjne/karty po operacji? ☐ NIE ☐ TAK,

9. Jeżeli nie, to kiedy zostaną dołączone? .....

10. Odmawiam dołączenia kart informacyjnych/kart po operacji.....  
/podpis Pacjenta/

|                                        |                 |
|----------------------------------------|-----------------|
| Wypełnia personel medyczny Pracowni MR | Podpis Pacjenta |
| Dokument został przyjęty i sprawdzony: |                 |
| Data..... Podpis.....                  | .....           |