



OBRAZAC TEGOBA

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: _____ |

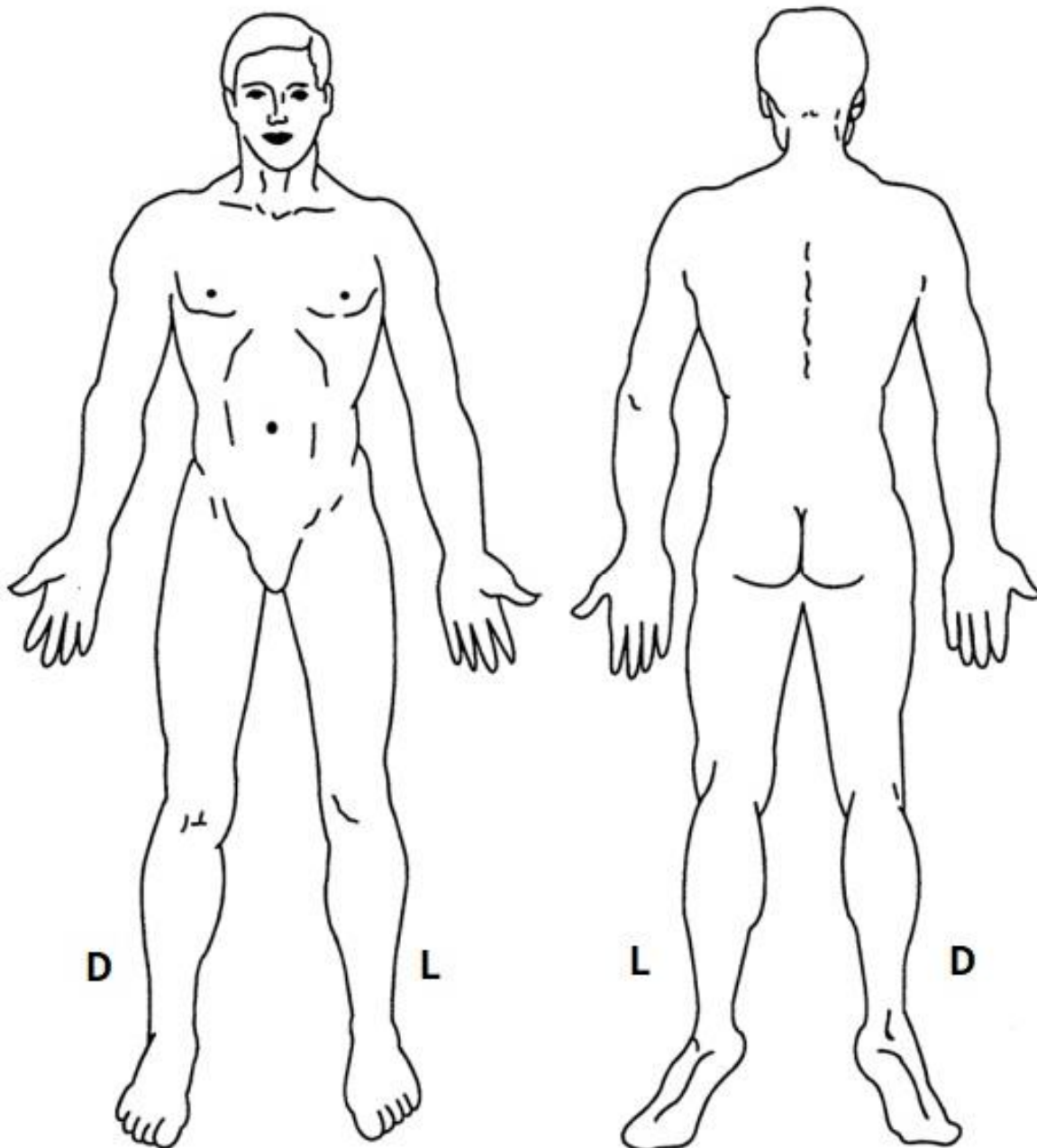
3. Koje aktivnosti umanjuju Vaše tegobe:

- | | |
|---|--|
| <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:

10. Koju bol biste okarakterizirali kao jaču i dominantniju:

- Bol u ekstremitetima (noge ili ruke)
- Bol u kralježnici (leđa ili vrat)

11. Imate li pad/slabost stopala ili slabost mišića ruke/šake ?

- Da (molimo navesti čega: _____)
- Ne

12. Možete li kontrolirati (zadržati) stolicu i urin?

- Da
- Ne

13. Status osiguranja:

- Privatan pacijent (koji liječenje financira vlastitim sredstvima)
- Međunarodno osiguran pacijent (Cigna, Bupa, AP Companies i sl.)

VLASTORUČNI POTPIS:
