****

**DOTAZNÍK pro TĚHOTNÉ ŽENY, které jsou odeslány na fyzioterapii (dotazník si prosím vytiskněte, čitelně vyplňte a spolu se žádankou od lékaře přineste ke mne na fyzioterapii). Děkuji Vám!**

**DATUM VYPLNĚNÍ**:………………………………………………………………………………………………………………………………

**DATUM NÁVŠTĚVY** (vyplní fyzioterapeut): …………………………………………………………………………………………

**Jméno a příjmení, titul**:………………………………………………………………………………………………………………………..

**Datum narození**:………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Bydliště**:……………………………………………………………………………………………………………....................................

**Email**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Telefon**: ………………………………....................................................................................................................

**Ošetřující lékař zasílající žádanku** (napište odbornost – např. gynekolog, obvodní lékař, rehabilitační lékař, apod.)…………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Váš ošetřující gynekolog**: …………………………………………………………………………………………………………………….

**Dula, porodní asistentka**: ……………………………………………………………………………………………………………………

**Předpokládaný termín porodu**: dle PM………………………………..dle UZ……………………………………………………

**Aktuální týden těhotenství** (např. 32+3tt.):…………………………………………………………………………………………

**Plánované místo porodu**:…………………………………………………………………………………………………………………….

**Momentální stav** – napište prosím, co Vás trápí a co byste se mnou ráda řešila: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Aktuální průběh těhotenství** (zakroužkujte souhlasnou variantu): tvrdnutí břicha ano x ne, DM v těhotenství ano x ne, vysoký krevní tlak ano x ne, otoky ano x ne, jiné potíže prosím vypište…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Trápís Vás únik** (zakroužkujte): moči ano x ne, stolice ano x ne, plynů ano x ne

**Kojíte nyní?** (zakroužkujte) Ano x ne

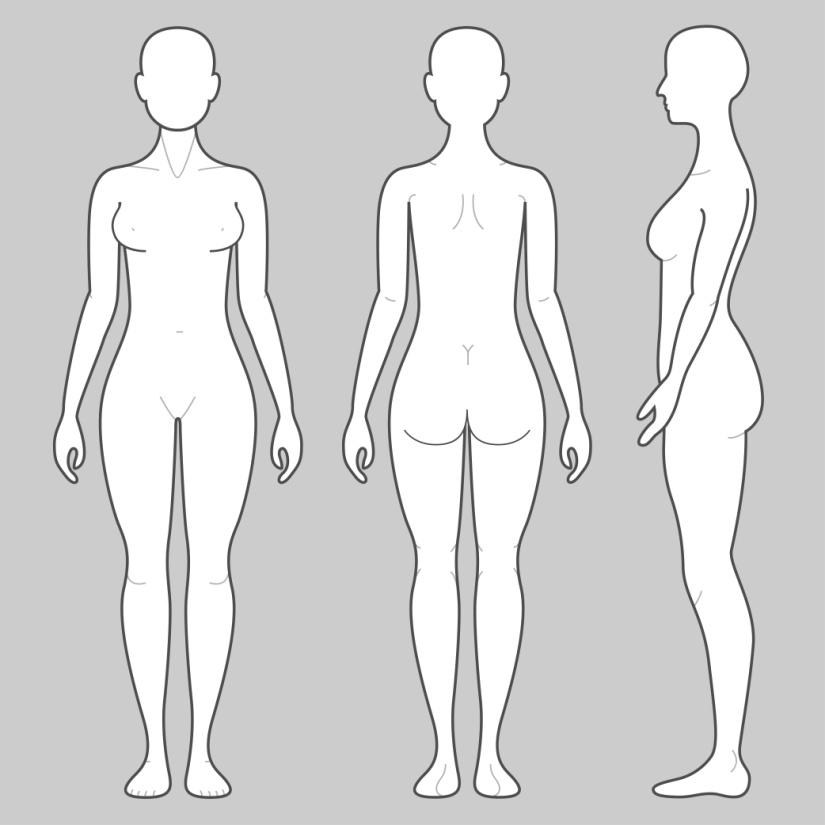
**Trpíte nebo trpěla jste někdy dříve závažným onemocněním** (DM, poruchy štítné žlázy, epilepsie….) - vypište: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Utrpěla jste v minulosti úraz(y)**: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Jaké jste podstoupila operace**:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Zakreslete prosím místa Vaší bolesti**:



**Předchozí těhotenství**:

1. Těhotenství – popište průběh (bolesti, potíže, nemoci)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1.Porod proběhl v termínu…………………………………………………………………………………………………….

(zakroužkujte) vaginální bez nástřihu, s nástřihem, porod císařským řezem akutní, císařský řez plánovaný, potrat

1. Těhotenství – popište průběh (bolesti, potíže, nemoci)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

2.Porod proběhl v termínu………………………………………………………………………………………………………

(zakroužkujte) vaginální bez nástřihu, s nástřihem, porod císařským řezem akutní, císařský řez plánovaný, potrat

1. Těhotenství– popište průběh (bolesti, potíže, nemoci)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

3.Porod proběhl v termínu………………………………………………………………………………………………………

(zakroužkujte) vaginální bez nástřihu, s nástřihem, porod císařským řezem akutní, císařský řez plánovaný, potrat

**Jaké je Vaše povolání**?............................................................................................................................