****

**DOTAZNÍK pro 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**: …………………………………………………………………………………………………………………….

**Datum poslední menstruace:** ……………………………………………………………………………………………………………

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

**Průběh menstruace** (zakroužkujte): menstruační krvácení ve sraženinách ano x ne, bolesti břicha v době krvácení ano x ne, bolesti zad v době krvácení ano x ne, ovulační bolesti ano x ne,

jiné potíže vypište……………………………………………………………………………………………………………………………….

**Délka menstruačního krvácení**:……………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

**Jaké jste podstoupila operace**:

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

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Zakreslete prosím místa Vaší bolesti**:



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

**Jaké sportovní aktivity vykonáváte:**……………………………………………………………………………………………………..