



McKENZIE INSTITUT - KONTROLNÍ SPIS

Datum _____ Jméno _____ Číslo návštěvy _____

Kontrola postupu léčby:

Korekce držení těla Ano / Ne

Dodržování cvičení Ano / Ne

Frekvence: Přiměřená / Nepřiměřená Symptom. odpověď _____

Technika: Dobrá / nutná zkorigovat Symptom. odpověď _____

Spolupráce / odpovědnost: Výborná / dobrá / slabší / špatná

Symptomatická prezentace: _____

Lokalita bolesti: Centralizovaná / Stejná / Periferizovaná _____

Frekvence: Lepší / Stejná / Zhoršená

Škála bolesti: 0 _____ 10

Lepší / Stejná / Zhoršená

Funkčnost: % zlepšení od vstupního vyšetření:

0 _____ 100%

Lepší / Stejná / Zhoršená

Dotazníky hodnotící funkce: _____

Mechanická prezentace:

Držení těla vsedě: dle doporučení Ano / Ne

Vstojе: dle doporučení Ano / Ne

Deformity Ano / Ne / Nesledováno

Neurologické testy: Lepší / Stejně / Zhoršené / Neprovedeny _____

Omezení rozsahu: Lepší / Stejně / Zhoršené _____

Opakované pohyby: Lepší / Stejně / Zhoršené _____

Shrnutí: Lepší / Stejně / Zhoršení

Celkové zlepšení od vstupní návštěvy: 0 _____ 100%

Potvrzení klasifikace: Ano / Ne

Další testování (pokud je nutné)

Opakované pohyby: _____

Jiné testování: _____

Oprava klasifikace (je-li nutná): Derangement Dysfunkce Posturální JINÉ (podskupiny) _____

Dnešní léčba:

Edukace _____

Terapie _____

Plán : _____

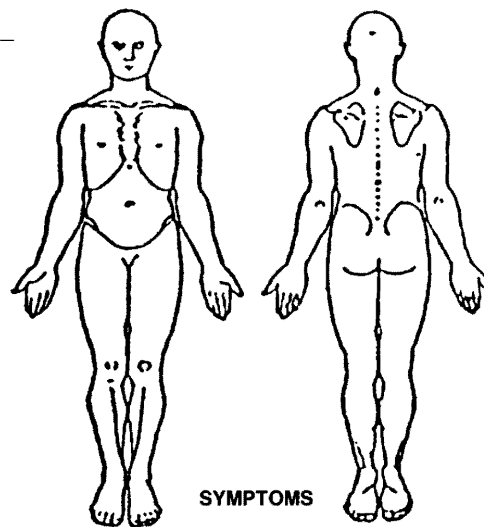
Zdroje bolesti a disability: _____

Pomůcky: Bederní role _____

Krční role _____

Kniha Záda / Krk / Rameno / Koleno _____

Noční role _____



Podpis: