

DORNOVA METODA

Příjmení:.....

Jméno:

Adresa:

Datum narození:..... Věk:

Telefon:

E-mail:.....

Zaměstnání:

Pracovní náplň:

ANAMNÉZA:

Subjektivně: Začátek obtíží:

Jaké potíže:

ONEMOCNĚNÍ: (pokud ano označte)

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1. Osteoporóza | <input type="checkbox"/> |
| - míváte často zlomeniny? | |
| 2. Endoprotéza | <input type="checkbox"/> |
| - nebo nějaký umělý kloub či obratel? | |
| 3. Artróza | <input type="checkbox"/> |
| - jaký stupeň? | |
| 4. Bechtěrevovo onemocnění | <input type="checkbox"/> |
| 5. Operace páteře | <input type="checkbox"/> |
| 6. Revmatoidní artritida | <input type="checkbox"/> |
| 7. Epilepsie (padoucnice) a jiné pravidelně se opakující záchvaty | <input type="checkbox"/> |
| 8. Srdeční arytmie | <input type="checkbox"/> |
| 9. Meziobratlová ploténka - vyhřezlá (zničená) | <input type="checkbox"/> |
| | - operace <input type="checkbox"/> |
| 10. Rakovina | <input type="checkbox"/> |
| 11. V období 12 měsíců zpětně - v lékařském ošetření | <input type="checkbox"/> |
| - úraz | <input type="checkbox"/> |
| - nemoc | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ženy - těhotenství | <input type="checkbox"/> |
| - poslední měsíčky datum | |
| 13. Úraz nebo pád během posledních 6 týdnů | <input type="checkbox"/> |
| 14. Další onemocnění:..... | |
| | |
| | |

Souhlasím s ošetřením**Datum:****Podpis:**