

Data badania/...../20.....r.

Nazwa gabinetu badań stóp

Kto zlecił badanie

--	--

Adres

Telefon

--	--

WYWIAD

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

--	--

Adres

Telefon

--	--

PESEL

Bóle kończyn dolnych

--	--

Potliwość stóp:

Czy pacjent nosi wkładki? Proszę opisać.

Tak	Nie	
-----	-----	--

Przebyte urazy kończyn dolnych

Czy pacjent nosi obuwie ortopedyczne? Proszę opisać.

--	--

POMIARY STOPY / POMIAR STOPY W ORTEZIE

Model obuwiaRozmiar.....

Cecha	Stopa LEWA	Stopa PRAWA	Cecha	Stopa LEWA	Stopa PRAWA
Długość ortozy/stopy **			Wysokość w miejscu stawu palucha w cm		
Szerokość przodostopia w mm			Wysokość w miejscu podbicia w cm		
Obwód przodostopia w cm			Szerokość pięty w cm		
Obwód przez podbicie w cm			Wysokość w miejscu zakończenia palucha w mm.		
Obwód przez piętę w cm			Szerokość kostki		
Obwód przez palce			Inne		

Cecha	Stopa LEWA	Stopa PRAWA
Obuwie do ortez		
Wydłużenie pasków (podać w cm. przybliżoną wartość)		
Podeszwa z przekolebaniem		
Rodzaj obcasa**	Równy / negatywny / pozytywny	Równy / negatywny / pozytywny
Rodzaj podeszwy**	Płaska / kołyska / trapez	Płaska / kołyska / trapez
Załączniki		

Do karty powinien być załączony obrys ortozy. O ile zachodzi potrzeba na obrysie należy zaznaczyć oś, wysokość i długość przekolebania

Komentarz		
Imię i nazwisko oraz numer Tel. ortotyka		

Niepotrzebne skreślić **