****

****

**Περιφερειακό Τμήμα Φυσικοθεραπευτών**

**Αργολίδας και Αρκαδίας**

**Σύντομο Ιστορικό**

Ημερομηνία:

Όνομα:……………………………………… Eπώνυμο:……………………………………….

Ημερομηνία γέννησης:……………………………………… Ηλικία:……… Φύλλο:……………………

Εργασία (πριν τη σύνταξη): …………………………………………… Aπασχόληση: (τώρα)……………………..

Φυσική δραστηριότητα: καλή μέτρια μειωμένη

Πόσες πτώσεις είχατε τον τελευταίο χρόνο; ………………………… Υπήρξε τραυματισμός; ναι όχι

Αυτοεξυπηρέτηση: ναι όχι …………………………………………………………………………………………

Νευρολογικά προβλήματα (Πάρκινσον, Ημιπληγία, ΣΚΠ κ.ά):……………………………………………………………………………………………………………………………………

Άλλα προβλήματα:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Χειρουργείο αρθροπλαστικής (σημείο, χρονολογία):……………………………………………………………………………………………………………….…….

Mυοσκελετικές παθήσεις: Oστεοαρθρίτιδα Οστεοπενία Οστεοπόρωση