

DİZ ALTI ÖLÇÜ ve DEĞERLENDİRME FORMU

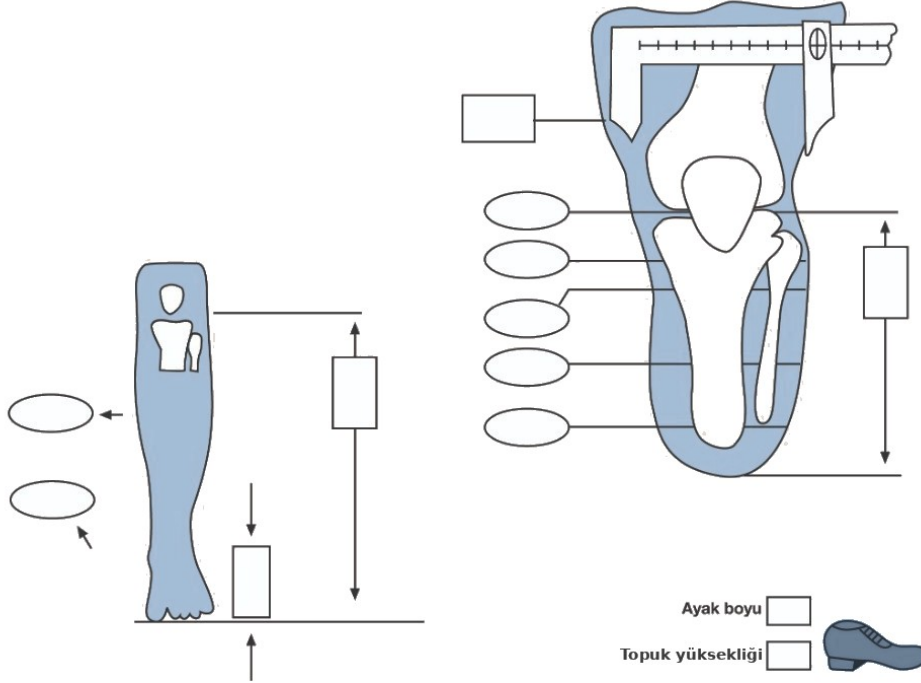


HASTA ve KLİNİK BİLGİLERİ

Adı, Soyadı		Dosya No	
Doğum T. / Yaş		Cinsiyet	☐ Kadın ☐ Erkek
Kilo (kg)		Boy (cm)	
Telefon		Tarih	
Adres			
Amputasyon Tarafı	☐ Sağ ☐ Sol ☐ Bilateral	Amputasyon Tarihi	
Amputasyon Sebebi			
Tanı		SUT Kodu	
Reçete Eden Hekim		Aktivite	☐ K0 ☐ K1 ☐ K2 ☐ K3 ☐ K4
Güçük Özellikleri			
Soket Tipi		Suspansiyon Şekli	
Protez Ayak		Ölçü Teknisyeni	

PROTEZ SİSTEMİ

☐ Modüler (endoskeletal) ☐ Geçici / test protez ☐ Su geçirmez (banyo/yüzme) ☐ Spor / aktivite protezi



ÖZEL TALİMATLAR