

# HOOS-PS

ANKIETA DLA CHORYCH Z DOLEGLIWOŚCIAMI STAWU BIODROWEGO

Dzisiejsza data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

**INSTRUKCJA:** Niniejszy kwestionariusz dotyczy Twojej własnej oceny stanu biodra. Informacja ta pomoże nam zrozumieć, jak sprawnie możesz poradzić sobie z różnymi zajęciami.

Odpowiedz na każde pytanie, stawiając krzyżyk w odpowiedniej **i tylko jednej** kratce dla każdego pytania. Jeśli nie jesteś pewny/pewna jak odpowiedzieć, zaznacz tę możliwość, która wyda Ci się najbliższa prawdy. W ten sposób odpowiedz na wszystkie pytania.

Poniższe pytania dotyczą stopnia trudności, jaki napotykasz przy wykonywaniu zwykłych czynności dnia codziennego, a także czynności bardziej złożonych. Wskaż stopień trudności, który odczuwałeś/-aś w związku ze swoim biodrem w ciągu **ostatniego tygodnia**.

1. Schodzenie ze schodów

żadna	lekka	średnia	duża	bardzo duża
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wchodzenie i wychodzenie z wanny/spod prysznica

żadna	lekka	średnia	duża	bardzo duża
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Siedzenie

żadna	lekka	średnia	duża	bardzo duża
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Bieganie

żadna	lekka	średnia	duża	bardzo duża
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Kręcenie i obracanie się na pięcie/stopie

żadna	lekka	średnia	duża	bardzo duża
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>