

GANGANALYSE

Navn: _____

Adresse: _____ Tlf _____

Postnr: _____

Bedrift: _____

Terapeut _____

Hælnedslag	Riktig: <input type="checkbox"/>	Plantart: <input type="checkbox"/> ↑	Ustabil: <input type="checkbox"/> ↑	Tidlig løft: ↑ <input type="checkbox"/>
Hælstilling	Rett: ↑ <input type="checkbox"/>	Valgus: H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	Varus: ↑ H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> ↑	
Torsjon	Riktig: H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> ↑	For tidlig: H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> ↑	For sen: H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	
Fraspark	1 tå: H <input type="checkbox"/> ↑ V <input type="checkbox"/> ↑	2-3 tå: H <input type="checkbox"/> ↑ V <input type="checkbox"/> ↑	5 tå: H <input type="checkbox"/> ↑ V <input type="checkbox"/> ↑	
Kne	Lett flektert: <input type="checkbox"/>	Rett: <input type="checkbox"/>	↑ Genu valgum: <input type="checkbox"/> ↑	Genu varum: <input type="checkbox"/> ↑
Hofte/bekken	Horisontal bev: 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> grad	Vertikal bev: 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/> - 3 <input type="checkbox"/> grad	Rigid: <input type="checkbox"/> ↑	
Rygg	Bevegelse: H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	Begrenset bevegelse: H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		
Skuldre	Bevegelig: H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	Begrenset: H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	Rigid: H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	
Hode	Rett: <input type="checkbox"/>	Framoverbøyd: <input type="checkbox"/>	Skjev: H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	
Steglengde	Riktig: <input type="checkbox"/>	Begrenset: <input type="checkbox"/>	Lang: <input type="checkbox"/>	
Armer	Normal sving: H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	Begrenset sving: H <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		

Konklusjon og tiltak