

Ledd- og bevegelsestest fot

Journal nr _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr: _____ Tlf _____

Bedrift: _____

Terapeut: _____

Test	Status	Videre arbeid	Utført dato
Talocruralleddet	Bevegelse <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Låst <input type="checkbox"/>		
Fibula	Bevegelse <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Låst <input type="checkbox"/>		
Subtalarleddet	Bevegelse <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Låst <input type="checkbox"/>		
Naviculare	Bevegelse <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Låst <input type="checkbox"/>		
Lis franc	Bevegelse <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Låst <input type="checkbox"/>		
Choparts ledd	Bevegelse <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Låst <input type="checkbox"/>		
Dorsalfleksjon fot	Passiv bevegelse <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Aktiv bevegelse <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/>		
Plantarfleksjon fot	Passiv bevegelse <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/> Aktiv bevegelse <input type="checkbox"/> Nedsatt <input type="checkbox"/>		
Winlasstest	10-30° <input type="checkbox"/> 40-60° <input type="checkbox"/> 70-90° <input type="checkbox"/> cm: _____		
Kne over tå	10-20° <input type="checkbox"/> 30-40° <input type="checkbox"/> 45° <input type="checkbox"/>		

Pasient er kjent med sin leddstatus: _____

Pasient blir henvist til annet helsepersonell: NEI JA : _____

Konklusjon _____