

Muskeltest fot

Journal nr. _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr: _____ Tlf: _____

Bedrift: _____

Terapeut: _____

Muskel	Status	Dato
M. Abductor hallucis	Funksjonell <input type="checkbox"/> Begrenset <input type="checkbox"/> Opphør <input type="checkbox"/>	
M. Peroneus	Funksjonell <input type="checkbox"/> Begrenset <input type="checkbox"/> Opphør <input type="checkbox"/>	
M. Extensor Digitorum	Funksjonell <input type="checkbox"/> Begrenset <input type="checkbox"/> Opphør <input type="checkbox"/>	
M. Extensor Hallucis	Funksjonell <input type="checkbox"/> Begrenset <input type="checkbox"/> Opphør <input type="checkbox"/>	
M. Tibialis anterior	Funksjonell <input type="checkbox"/> Begrenset <input type="checkbox"/> Opphør <input type="checkbox"/>	
M. Tibialis Posterior	Funksjonell <input type="checkbox"/> Begrenset <input type="checkbox"/> Opphør <input type="checkbox"/>	
M. Flexor Hallucis longus	Funksjonell <input type="checkbox"/> Begrenset <input type="checkbox"/> Opphør <input type="checkbox"/>	
M. Flexor Digitorum longus	Funksjonell <input type="checkbox"/> Begrenset <input type="checkbox"/> Opphør <input type="checkbox"/>	

Videre behandling _____

Henvisning _____

Konklusjon _____