

	0	1	2	3	4	5	Uygulanamaz
1) Uzanırken							
a) Yamayı hissediyor musunuz?							
b) Ağrı hissediyor musunuz?							
2) Eğilirken							
a) Yamayı hissediyor musunuz?							
b) Ağrı hissediyor musunuz?							
c) Hareket kısıtlılığınız var mı?							
3) Otururken							
a) Yamayı hissediyor musunuz?							
b) Ağrı hissediyor musunuz?							
c) Hareket kısıtlılığınız var mı?							
4) Günlük yaşamda aktivitelerinizi yerine getirirken (yataktan çıkmak, banyo yapmak, giyinmek)							
a) Yamayı hissediyor musunuz?							
b) Ağrı hissediyor musunuz?							
c) Hareket kısıtlılığınız var mı?							
5) Öksürürken ya da derin nefes alırken							
a) Yamayı hissediyor musunuz?							
b) Ağrı hissediyor musunuz?							
c) Hareket kısıtlılığınız var mı?							
6) Yürürken							
a) Yamayı hissediyor musunuz?							
b) Ağrı hissediyor musunuz?							
c) Hareket kısıtlılığınız var mı?							
7) Merdiven çıkarken							
a) Yamayı hissediyor musunuz?							
b) Ağrı hissediyor musunuz?							
c) Hareket kısıtlılığınız var mı?							
8) Egzersiz yaparken							
a) Yamayı hissediyor musunuz?							
b) Ağrı hissediyor musunuz?							
c) Hareket kısıtlılığınız var mı?							