

Dossier nummer: *

Datum onderzoek: *

EIGEN GEGEVENS	
Naam wellnessmasseur:	
Licentienummer: *	
Adres + PC:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	
E-mail adres:	

CLIËNT GEGEVENS	
Naam:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Adres + PC:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	
E-mail adres:	
Geboortedatum:	
Beroep / school:	
Reden bezoek:	

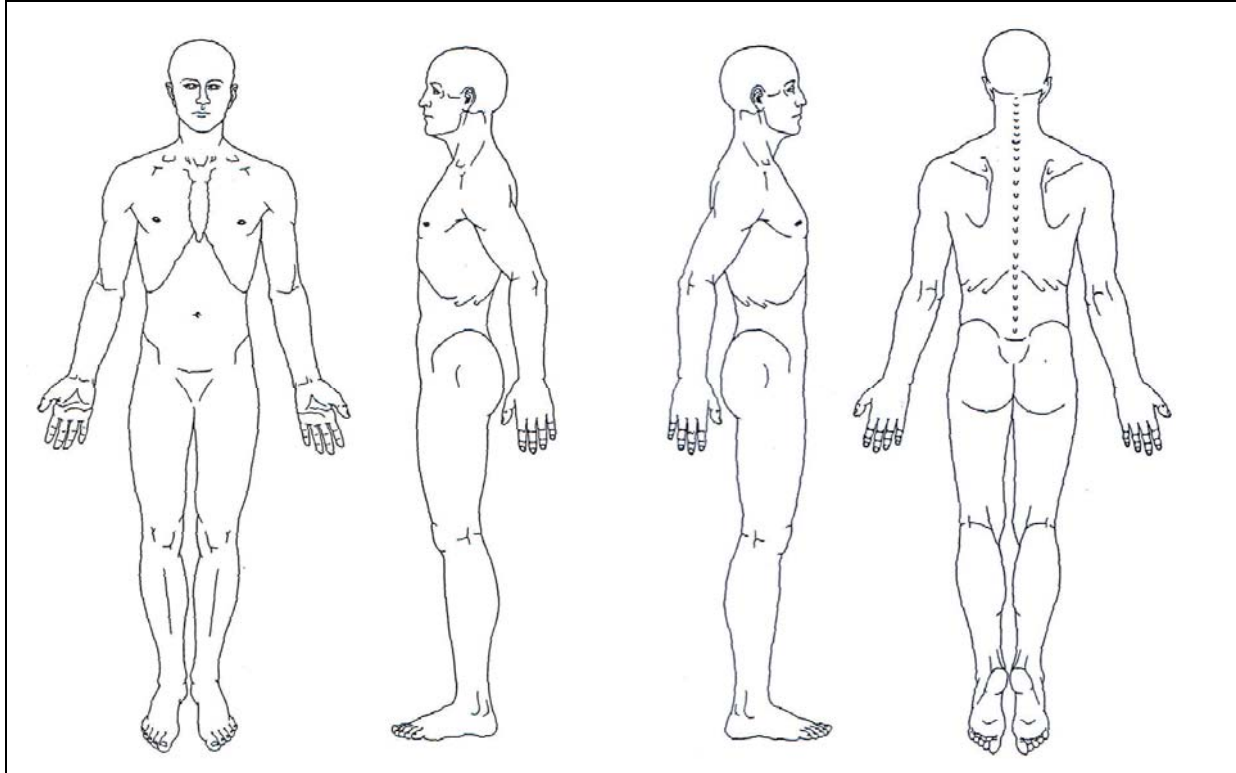
ANAMNESE	
----------	--

SOCIALE ANAMNESE:	
ADL:	
GEZONDHEID:	

INSPECTIE

Geef in de afbeelding uw bevindingen aan.
 Visualiseer probleemgebieden ter oriëntatie.

PIJN = ★
 STATIEK = →



TOELICHTING:

Empty space for providing an explanation or notes related to the inspection findings.

PALPATIE GEGEVENS

HUIDKWALITEIT:	
SPIERKWALITEITEN:	

**STAPPENPLAN
 BEROEPSSPECIFIEK ONDERZOEK**

SAMENVATTING Uitkomst beroeps- specifiek onderzoek:	
CONTRA INDICATIES:	

BEHANDELAAR COMPETENT?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE *
ARTS	<input type="checkbox"/>	Reden:	
FYSIOTHERAPEUT	<input type="checkbox"/>		
SPORTMASSEUR	<input type="checkbox"/>		
BEHANDELING			
A5 GG5; 9D@B		CB89F6CI K-B; #ACHJ5H9	
TIJDSPLAN: (duur / aantal / frequentie)			
STATUS			
Alleen in overleg en met toestemming cliënt zullen deze gegevens ter inzage worden gesteld aan derden.			
Aanwijzingen #UXj]Yg' aan de cliënt:			
Paraaf voor gezien cliënt / indien van toepassing voogd: *			
Handtekening wellnessmasseur: *			