

Dossier nummer: *

Datum onderzoek: *

EIGEN GEGEVENS	
Naam sportmasseur:	
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:	

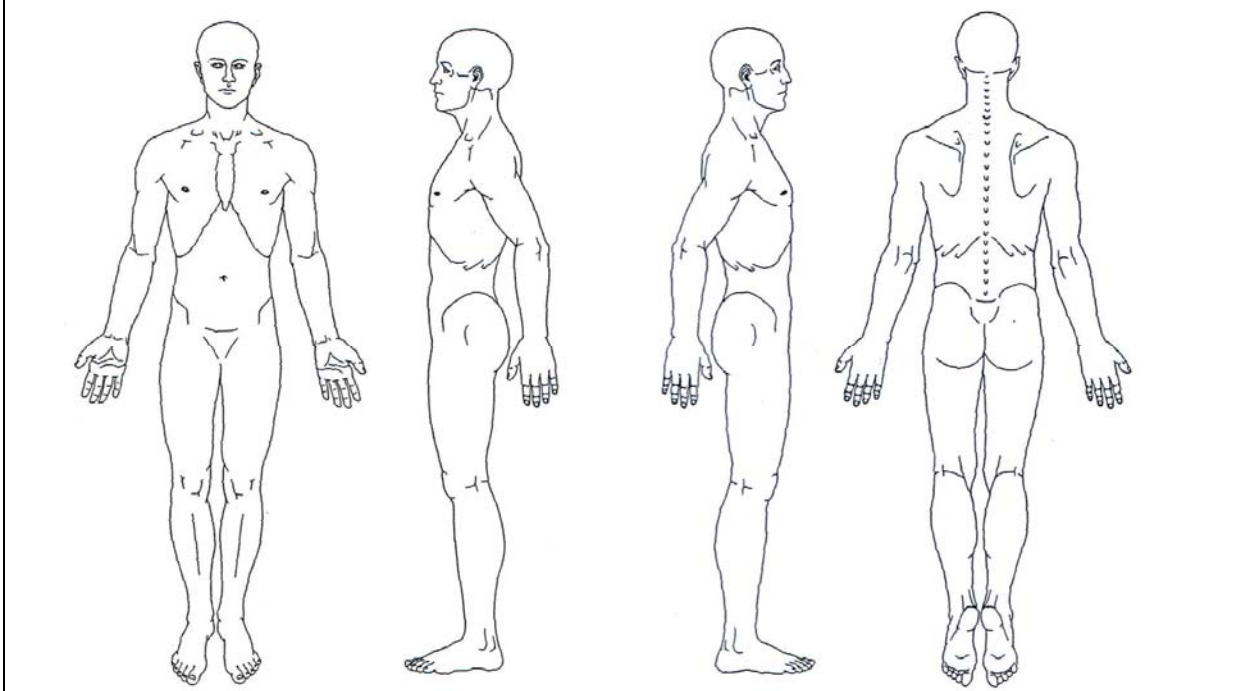
ANAMNESE

SOCIALE ANAMNESE:	
SPORTBELASTING:	
BLESSURES THANS:	
BLESSURES VERLEDEN:	
GEZONDHEID:	

INSPECTIE

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

PIJN = ★
 STATIEK = →



TOELICHTING:

ONDERZOEK

FUNCTIETEST

Gewricht:							Bijzonderheden (Pijn, krachtsverlies, bewegingsbeperking)
Bewegingsrichting	Mobiliteit				Kracht		
	Actief		Passief		Weerstand		
	Links	Rechts	Links	Rechts	Links	Rechts	

Betekenis van de afkortingen: p = pijn k = krachtsverlies b = bewegingsbeperking

SPIERLENGTETEST	
Spier:	Resultaat:
Spier:	Resultaat:

BANDENTEST	
Band:	Resultaat:
Band:	Resultaat:
Band:	Resultaat:
Band:	Resultaat:

PALPATIE GEGEVENS

HUIDKWALITEIT:	
SPIERKWALITEITEN:	

STAPPENPLAN
 Beroepsspecifiek onderzoek

SAMENVATTING Uitkomst beroepsspecifiek onderzoek:	
---	--

STAPPENPLAN
 Beroepsspecifiek onderzoek
 - Vervolg -

CONTRA INDICATIES:		
BEHANDELAAR COMPETENT? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE *		
ARTS	<input type="checkbox"/>	Reden:
FYSIOTHERAPEUT	<input type="checkbox"/>	
BEHANDELING		
MASSAGEPLAN	TAPE & BANDAGEREN	MOTIVATIE/ONDERBOUWING
TIJDSPLAN: (duur / aantal / frequentie)		
STATUS		
Alleen in overleg en met toestemming cliënt zullen deze gegevens ter inzage worden gesteld aan derden.		
Aanwijzingen / advies aan de trainer en/of sporter:		
Paraaf voor gezien cliënt / indien van toepassing voogd: *		
Handtekening sportmasseur: *		

Dossier nummer: *

VERVOLGAFSPRAKEN

Bijstelling datum:	
Vervolgafspraken:	

**Alleen in overleg en met toestemming van de cliënt
zullen deze gegevens ter inzage worden gesteld aan derden.**

Datum:

Sluiting

Dossier nummer: *