



Nederlands Genootschap voor Sportmassage

CLIËNTENDOSSIER SPORTMASSEUR

Dossier nummer:*

Datum onderzoek:/...../20....*

| 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

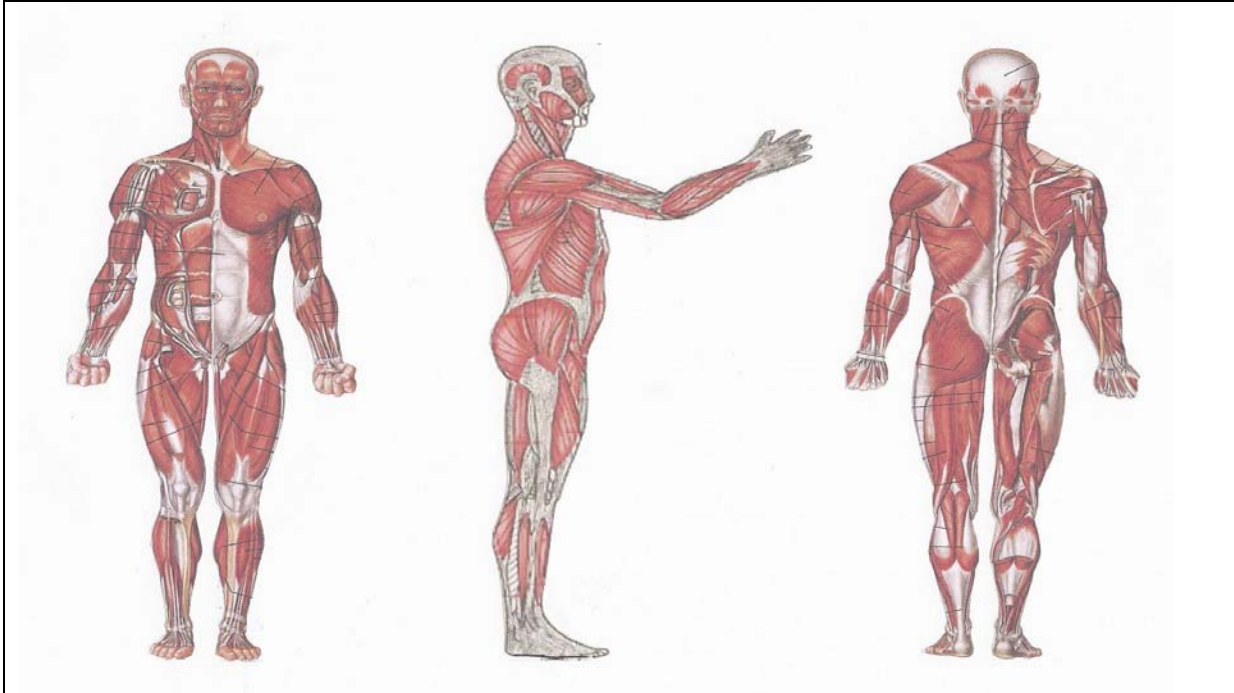
| | |
|---------------------|--|
| SOCIALE ANAMNESE: | |
| SPORTBELASTING: | |
| BLESSURES THANS: | |
| BLESSURES VERLEDEN: | |
| GEZONDHEID: | |



INSPECTIE

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

PIJN = ★
STATIEK = →



TOELICHTING:

Blank area for providing a detailed explanation of the findings marked on the anatomical diagrams.

ONDERZOEK

FUNCTIETEST

| Gewricht: | | | | | | | Bijzonderheden (Pijn, krachtsverlies, bewegingsbeperking) |
|-------------------|------------|--------|---------|--------|-----------|--------|---|
| | Mobiliteit | | | | Kracht | | |
| | Actief | | Passief | | Weerstand | | |
| Bewegingsrichting | Links | Rechts | Links | Rechts | Links | Rechts | |
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |

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



Nederlands Genootschap voor Sportmassage

CLIËNTENDOSSIER SPORTMASSEUR

Dossier nummer: *

| SPIERLENGTETEST | |
|-----------------|------------|
| Spier: | Resultaat: |
| Spier: | Resultaat: |

| BANDENTEST | |
|------------|------------|
| Band: | Resultaat: |
| Band: | Resultaat: |
| Band: | Resultaat: |
| Band: | Resultaat: |

PALPATIE GEGEVENS

| | |
|-------------------|--|
| HUIDKWALITEIT: | |
| SPIERKWALITEITEN: | |

UITKOMST

| | |
|--------------------|--|
| INDICATIES: | |
| CONTRA INDICATIES: | |

| | |
|---|--|
| BEHANDELAAR COMPETENT: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE * | |
| ONDERBOUWING: | |



**STAPPENPLAN
BEROEPSSPECIFIEK ONDERZOEK**

| | | |
|--|--------------------------|------------------------------|
| SAMENVATTING Uitkomst beroeps- specifiek onderzoek: | | |
| CONTRA INDICATIES: | | |
| BEHANDELAAR COMPETENT VOOR VERVOLG? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE * | | |
| ARTS | <input type="checkbox"/> | Advies: |
| FYSIOTHERAPEUT | <input type="checkbox"/> | |
| TRAINER | <input type="checkbox"/> | |
| BEHANDELING | | |
| ADVIESPLAN | MASSAGEPLAN | TAPE & BANDAGEREN |
| | | |
| TIJDSPLAN: (duur / aantal / frequentie) | | |
| STATUS | | |
| Alleen in overleg en met toestemming cliënt zullen deze gegevens ter inzage worden gesteld aan derden. | | |
| Eventuele aanwijzingen aan de cliënt / sporter: | | |
| Paraaf voor gezien cliënt / indien van toepassing voogd: * | | |
| Handtekening sportmasseur: * | | |



Nederlands Genootschap voor Sportmassage

CLIËNTENDOSSIER 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:/...../ 20.....

Sluiting

Dossier nummer:*