



NEDERLANDS GENOOTSCHAPVOOR SPORTMASSAGE

Registratienr. F.....

Postbus 200 6800 AE Arnhem Tel 026 8450870 Fax 026 8450875
 Email bureaungs@sportverzorgingNGS.nl

Diagram onderzoek functionele eenheid

Algemeen	
Naam sportmasseur*	
Datum functieonderzoek*	
Dossier nummer*	
Clientgegevens	
Naam*	
Adres + postcode*	
Woonplaats*	
Tel. nummer	
E-mail	
Geboortedatum	
Man / vrouw	

Gewricht

bewegingsrichting	mobiliteit				kracht		bijzonderheden (pijn, bewegingsbeperking, krachtverlies)
	actief		passief		weerstand		
	rechts	links	rechts	links	rechts	links	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

betekenis afkortingen: **p**= pijn, **k**= krachtsverlies, **b**= bewegingsbeperking

Eventuele spierlengtetest

Spier _____ Resultaat _____

Eventuele bandtesten

Banden _____ Resultaat _____

Conclusies ten behoeve van het behandelplan	
Indicaties	
Contra indicaties	
Onderbouwing* (benoem eventueel gevonden stoornissen en gevonden beperkingen c.q. participatieproblemen)	
Door Client ingevuld	
Paraaf voor gezien* (eventueel ouders of voogd)	
Datum*	
U geeft hiermee tevens aan dat u kunt instemmen met de bevindingen van de sportmasseur en dat u geen bezwaar heeft tegen inzage door derden**	
Competent voor vervolg* <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE	
Toelichting.	
Handtekening sportmasseur*	
Datum*	
* = verplicht invullen ** = Spoed eisende hulp, Arts, Fysiotherapeut, Sportmasseur of Trainer.	