



FUNDACJA „ZDROWIE NA KOŃSKIM GRZBIECIE”

UNIRADZE 1, 83-322 STĘŻYCA

KRS: 0000331091, REGON: 220841887, NIP: 5891966680

tel.: +48 790 363 111, e-mail: kontakt@fundacjaznkg.pl, www: fundacjaznkg.pl

KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

(wypełnia lekarz specjalista odpowiedni dla schorzenia)

Imię Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Waga: _____ Wzrost: _____

Adres: _____

ROZPOZNANIE: _____

PRZYCZYNA: _____

POCZĄTEK CHOROBY: _____

PODSTAWOWE DEFICYTY (właściwe podkreślić):

upośledzenie fizyczne, upośledzenie umysłowe, zaburzenia emocjonalne, zaburzenia kontaktu

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii: · nie stwierdzam · stwierdzam

UWAGI: _____

Szczegółowe zalecenia i ograniczenia dotyczące hipoterapii:

Data: _____

/pieczętka i podpis lekarza/



FUNDACJA „ZDROWIE NA KOŃSKIM GRZBIECIE”

UNIRADZE 1, 83-322 STĘŻYCA

KRS: 0000331091, REGON: 220841887, NIP: 5891966680

tel.: +48 790 363 111, e-mail: kontakt@fundacjaznkg.pl, www: fundacjaznkg.pl

OPIS STANU PACJENTA KWALIFIKOWANEGO NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

(wypełnia lekarz pierwszego kontaktu)

Imię Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Waga: _____ Wzrost: _____

Adres: _____

WYSTĘPUJĄCE ZABURZENIA: (właściwe podkreślić i ewentualnie uzupełnić)

WZROKU: _____

SŁUCHU: _____

MOWY: _____

UKŁADU KRĄŻENIA: _____

UKŁADU NARZĄDÓW RUCHU – ZABURZENIA ORTOPEDYCZNE: _____

UKŁADU NERWOWEGO: _____

CHOROBY METABOLICZNE: _____

CHOROBY SKÓRY: _____

CHOROBY REUMATYCZNE/REUMATOIDALNE: reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze zapalenie stawów, ZZSK, inne _____

ALERGIA (jaka?) _____

Czy dziecko nosi przy sobie leki pierwszej potrzeby? _____

Jakie? _____

INNE SCHORZENIA I ZABURZENIA: _____

PRZYJMOWANE LEKI (stałe): _____

WYMAGANE KONSULTACJE DO KWALIFIKACJI NA HIPOTERAPIĘ:

- ortopedyczna
- neurologiczna
- audiologiczna
- okulistyczna
- kardiologiczna
- psychiatryczna
- alergologiczna
- inna _____

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii: • nie stwierdzam • stwierdzam

UWAGI: _____

Data: _____

/pieczętka i podpis lekarza/



FUNDACJA „ZDROWIE NA KOŃSKIM GRZBIECIE”

UNIRADZE 1, 83-322 STĘŻYCA

KRS: 0000331091, REGON: 220841887, NIP: 5891966680

tel.: +48 790 363 111, e-mail: kontakt@fundacjaznkg.pl, www: fundacjaznkg.pl

KONSULTACJA NEUROLOGICZNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII
(wypełnia lekarz neurolog)

Imię Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Adres: _____

TEST FUNKCJONALNY P/N (prawidłowo - P, nieprawidłowo - N):

kontrola głowy P/N, kontrola tułowia P/N, siedzenie samodzielne P/N, stanie samodzielne P/N, chód samodzielny P/N, chód z pomocą osób trzecich/przedmiotów, zaburzenie równowagi, zaburzenie koordynacji ruchowej, inne _____

ZABURZENIA NEUROLOGICZNE

CZUCIE: • prawidłowe • wzmożone (gdzie?) _____ • osłabione (gdzie?) _____

NAPIĘCIE MIĘŚNIOWE: • prawidłowe • wzmożone (gdzie?) _____

• obniżone (gdzie?) _____

PRZETRWAŁE ODRUCHY: stos, atos, opistotonus, inne (jakie?) _____

ATAKSJA: _____

ATETOZA: _____

EPILEPSJA: postać: _____

częstość napadów: _____

leczenie: _____

PRZEPUKLINA OPONOWA (OPONOWO-RDZENIOWA): _____

WODOGŁOWIE (czy są zastawki?): _____

ZABURZENIE KONTROLI POTRZEB FIZJOLOGICZNYCH: _____

INNE ZABURZENIA NEUROLOGICZNE: _____

ROZPOZNANIE: _____

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii: • nie stwierdzam • stwierdzam

UWAGI: _____

Data: _____

/pieczętka i podpis lekarza/



FUNDACJA „ZDROWIE NA KOŃSKIM GRZBIECIE”

UNIRADZE 1, 83-322 STĘŻYCA

KRS: 0000331091, REGON: 220841887, NIP: 5891966680

tel.: +48 790 363 111, e-mail: kontakt@fundacjaznkg.pl, www: fundacjaznkg.pl

KONSULTACJA ORTOPEDYCZNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

(wypełnia lekarz ortopeda)

Imię Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Adres: _____

ZABURZENIA ORTOPEDYCZNE

WADA POSTAWY: łopatki odstające, asymetryczne, transpozycja tułowia na prawo/lewo

PLECY: okrągłe, płaskie, wklęsłe _____

SKOLIOZA (jaka? - stopień): _____

KOLANA: koślawe, szpotawe, z przeprostem _____

STOPA (prawa - P, lewa - L): płasko koślawą P/L; płaska P/L; końsko-szpotawą P/L; inna _____

ubytki lub inne deformacje P/L _____

SKRÓCENIE KOŃCZYNY P/L _____

DEFORMACJA KOŃCZYNY (rodzaj): górnej P/L; dolnej P/L _____

AMPUTACJA: kg P/L; kd P/L, poziom _____

DYSPLAZJA/ZWICHIĘCIE STAWU BIODROWEGO: P/L, wyleczone, nieleczone _____

NIESTABILNOŚĆ SZCZYTOWO-POTYLICZNA (np. w Zespole Downa) _____

OSTEOPOROZA, OSTEOMACJA (gdzie?): _____

ZWYRODNIENIA STAWÓW (jakich?): _____

JAŁOWA MARTWICA KOŚCI (gdzie?): _____

INNE ZABURZENIA: _____

POMOCE ORTOPEDYCZNE (sprzęt, protezy, ortezy, obuwie specjalistyczne, inne):

ROZPOZNANIE: _____

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii: · nie stwierdzam · stwierdzam

UWAGI: _____

Data: _____

/pieczętka i podpis lekarza/



FUNDACJA „ZDROWIE NA KOŃSKIM GRZBIECIE”

UNIRADZE 1, 83-322 STĘŻYCA

KRS: 0000331091, REGON: 220841887, NIP: 5891966680

tel.: +48 790 363 111, e-mail: kontakt@fundacjaznkg.pl, www: fundacjaznkg.pl

KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII
(wypełnia lekarz okulista)

Imię Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Adres: _____

ROZPOZNANIE: _____

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii: · nie stwierdzam · stwierdzam

UWAGI: _____

Szczegółowe zalecenia i ograniczenia dotyczące hipoterapii:

dnia _____

/pieczętka i podpis lekarza/



FUNDACJA „ZDROWIE NA KOŃSKIM GRZBIECIE”

UNIRADZE 1, 83-322 STĘŻYCA

KRS: 0000331091, REGON: 220841887, NIP: 5891966680

tel.: +48 790 363 111, e-mail: kontakt@fundacjaznkg.pl, www: fundacjaznkg.pl

KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

Imię Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Adres: _____

ROZPOZNANIE: _____

Opis RTG odcinka szyjnego kręgosłupa (w przypadku Zespołu Downa):

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii: · nie stwierdzam · stwierdzam

UWAGI: _____

Szczegółowe zalecenia i ograniczenia dotyczące hipoterapii:

Data: _____

/pieczętka i podpis lekarza/

W przypadku braku zdjęcia RTG pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego

/czytelny podpis/



FUNDACJA „ZDROWIE NA KOŃSKIM GRZBIECIE”

UNIRADZE 1, 83-322 STĘŻYCA

KRS: 0000331091, REGON: 220841887, NIP: 5891966680

tel.: +48 790 363 111, e-mail: kontakt@fundacjaznkg.pl, www: fundacjaznkg.pl

ZGODA OPIEKUNÓW DZIECKA

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA: _____

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka (imię i nazwisko) _____
_____ w zajęciach hipoterapii i jazdy konnej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych moich oraz mojego dziecka, w tym danych dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka, na zasadach określonych w Ustawie z dn. 27 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych)Dz. U. 2002. Nr 101 Poz. 926 z późn. zm.)

Data i podpis: _____

Pacjent korzystający z terapeutycznych zajęć jeździeckich (hipoterapii) powinien być ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków z tytułu jazdy konnej w dowolnym zakładzie ubezpieczeń.

Nr polisy ubezpieczeniowej dziecka i czas jej trwania:
