



Fundacja Leczenia Dzieci Niepełnosprawnych Hipoterapią „Końskie Zdrowie” ul. Okólnik 4, 82-300 Elbląg
NIP 578-11-99-765, REGON 170054840, KRS 0000244951
mail:fkz@elblag.com.pl

(pieczętka instytucji kwalifikującej)

KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII
(wypełnia lekarz specjalista odpowiedni dla schorzenia)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....Waga.....Wzrost.....

Adres.....

ROZPOZNANIE.....

.....

.....

.....

PRZYCZYNA.....

.....

.....

POCZĄTEK CHOROBY.....

.....

PODSTAWOWE DEFICYTY (właściwe podkreślić):

upośledzenie fizyczne upośledzenie umysłowe zaburzenia emocjonalne zaburzenia kontakt

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii:

· **nie stwierdzam** · **stwierdzam**

uwagi

.....

.....

Szczegółowe zalecenia i ograniczenia dotyczące hipoterapii:

.....

.....

.....

.....

dnia.....

/pieczętka i podpis lekarza/



Fundacja Leczenia Dzieci Niepełnosprawnych Hipoterapią „Końskie Zdrowie” ul. Okólnik 4, 82-300 Elbląg
NIP 578-11-99-765, REGON 170054840, KRS 0000244951
mail:fkz@elblag.com.pl

Załącznik nr 1

(pieczętka placówki kwalifikującej)

OPIS STANU PACJENTA KWALIFIKOWANEGO NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

(wypełnia lekarz pierwszego kontaktu)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia..... Waga..... Wzrost.....

Adres.....

WYSTĘPUJĄCE ZABURZENIA: (właściwe podkreślić i ewentualnie uzupełnić)

WZROKU.....

SŁUCHU.....

MOWY.....

UKŁADU KRAŻENIA.....

.....

UKŁADU NARZĄDÓW RUCHU - ZAB.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 I-szej potrzeby?.....Jakie?.....

INNE SCHORZENIA I ZABURZENIA.....

.....

.....

PRZYJMOWANE LEKI (stałe).....

.....

WYMAGANE KONSULTACJE DO KWALIFIKACJI NA HIPOTERAPIĘ:

• ortopedyczna • neurologiczna • audiologiczna • okulistyka • kardiologiczna

• psychiatryczna • alergologiczna • inna

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii:

• nie stwierdzam • stwierdzam

uwagi.....

dnia.....

/pieczętka i podpis lekarza



Fundacja Leczenia Dzieci Niepełnosprawnych Hipoterapią „Końskie Zdrowie” ul. Okólnik 4, 82-300 Elbląg
NIP 578-11-99-765, REGON 170054840, KRS 0000244951
mail:fkz@elblag.com.pl

Załącznik nr 2

(pieczętka placówki kwalifikującej)

KONSULTACJA NEUROLOGICZNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII
(wypełnia lekarz neurolog)

Imię i 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

.....

.....

dnia.....

/pieczętka i podpis lekarza/



Fundacja Leczenia Dzieci Niepełnosprawnych Hipoterapią „Końskie Zdrowie” ul. Okólnik 4, 82-300 Elbląg
NIP 578-11-99-765, REGON 170054840, KRS 0000244951
mail:fkz@elblag.com.pl

Załącznik nr 3

(pieczętka placówki kwalifikującej)

KONSULTACJA ORTOPEDYCZNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII
(wypełnia lekarz ortopeda)

Imię i 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-szpotawa 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/ZWICHNIĘCIE 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):

ROZPOZNIANIE:

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii:

· nie stwierdzam · stwierdzam

uwagi

dnia.....

/pieczętka i podpis lekarza/



Fundacja Leczenia Dzieci Niepełnosprawnych Hipoterapią „Końskie Zdrowie” ul. Okólnik 4, 82-300 Elbląg
NIP 578-11-99-765, REGON 170054840, KRS 0000244951
mail:fkz@elblag.com.pl

Załącznik nr 4

(pieczętka instytucji kwalifikującej)

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 Leczenia Dzieci Niepełnosprawnych Hipoterapią „Końskie Zdrowie” ul. Okólnik 4, 82-300 Elbląg
NIP 578-11-99-765, REGON 170054840, KRS 0000244951
mail:fkz@elblag.com.pl

Załącznik nr 5

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:

.....
.....