STOWARZYSZENIE „ŻYCZLIWA DŁOŃ"
Grzegorzowice Wielkie 31, 32-095 Iwanowice
tel. 603 334 633
REGON 357248048 NIP 677-21-61-574
adres do korespondencji: 32-005 Niepołomice, ul. Stefana Batorego 14 G

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 krążenia:.....
Układu narządu ruchu:.....
.....
Układu nerwowego:.....
.....
Choroby metaboliczne:.....
Choroby skóry:.....
Choroby reumatyczne/reumatoidalne:.....
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:.....
PRZECIWSKAZANIA DO UDZIAŁU W HIPOTERAPII:
□ nie stwierdzam
□ stwierdzam
Uwagi:.....
SZCZEGÓŁOWE ZALECENIA I OGRANICZENIA DOTYCZĄCE HIPOTERAPII:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dnia..... .....
(pieczątka i podpis lekarza)

STOWARZYSZENIE „ŻYCZLIWA DŁOŃ"
Grzegorzowice Wielkie 31, 32-095 Iwanowice
tel. 603 334 633
REGON 357248048 NIP 677-21-61-574
adres do korespondencji: 32-005 Niepołomice, ul. Stefana Batorego 14 G

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 / inne (jakie?):
.....
PRZECIWSKAZANIA DO UDZIAŁU W HIPOTERAPII:
□ nie stwierdzam
□ stwierdzam
uwagi:.....
.....
.....
SZCZEGÓŁOWE ZALECENIA I OGRANICZENIA DOTYCZĄCE HIPOTERAPII:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dnia..... .....
(pieczątka i podpis lekarza)

STOWARZYSZENIE „ŻYCZLIWA DŁOŃ"
Grzegorzowice Wielkie 31, 32-095 Iwanowice
tel. 603 334 633
REGON 357248048 NIP 677-21-61-574
adres do korespondencji: 32-005 Niepołomice, ul. Stefana Batorego 14 G

KONSULTACJA NEUROLOGICZNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

(wypełnia lekarz neurolog)

Imię i nazwisko:.....
Data urodzenia:.....Waga:.....Wzrost:.....
Adres:.....

TEST FUNKCJONALNY: (skreślić lub zaznaczyć: P-prawidłowo/N-nieprawidłowo)
kontrola głowy P/N, kontrola tułowia P/N, siedzenie samodzielnie P/N, stanie samodzielne P/N, chód samodzielny P/N, chód z pomocą osób trzecich/podmiotów P/N, zaburzenie równowagi P/N, zaburzenia koordynacji ruchowej P/N, inne: .....
.....

ZABURZENIA NEUROLOGICZNE: (właściwe podkreślić i ewentualnie uzupełnić)
czucie: prawidłowe / wzmożone (gdzie?)..... / osłabione (gdzie?).....
napięcie mięśniowe: prawidłowe / wzmożone (gdzie?)..... / osłabione (gdzie?).....
przetrwałe odruchy: stos, atos, inne (jakie?) .....
.....
ataksja:.....
atetoza:.....
epilepsja: postać.....,
częstotliwość napadów.....,
leczenie:.....
przepuklina oponowa (oponowo - rdzeniowa)/.....
wodogłowie (czy są zastawki?).....
zaburzenia kontroli potrzeb fizjologicznych.....
inne zaburzenia neurologiczne.....
.....
.....

ROZPOZNANIE:.....
.....
.....
.....
.....

PRZECIWWSKAZANIA DO UDZIAŁU W HIPOTERAPII:
□ nie stwierdzam
□ stwierdzam
uwagi:.....
.....

SZCZEGÓŁOWE ZALECENIA I OGRANICZENIA DOTYCZĄCE HIPOTERAPII:.....
.....
.....
.....
.....

Dnia..... .....
(pieczątka i podpis lekarza

STOWARZYSZENIE „ŻYCZLIWA DŁOŃ"
Grzegorzowice Wielkie 31, 32-095 Iwanowice
tel. 603 334 633
REGON 357248048 NIP 677-21-61-574
adres do korespondencji: 32-005 Niepołomice, ul. Stefana Batorego 14 G

KONSULTACJA ORTOPEDYCZNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

(wypełnia lekarz ortopeda)

Imię i nazwisko:.....
Data urodzenia:.....Waga:.....Wzrost:.....
Adres:.....

ZABURZENIA ORTOPEDYCZNE: (właściwe podkreślić lub ewentualnie uzupełnić)

wady postawy (jakie?): .....
.....
plecy: okrągłe / płaskie / wklęsłe .....
skolioza: (jaka?).....
kolana: koślawe, szpotawe, z przerostem .....
stopa (P-prawa/L-lewa): płasko koślawa P/L, płaska P/L, końsko-szpotawa P/L, inna: .....
.....
ubytki lub inne deformacje P/L.....
skrócenie kończyn P/L.....
deformacja kończyny górnej P/L.....
deformacja kończyny dolnej P/L.....
amputacja:.....
dysplazja/zwichnięcie stawu biodrowego: wyleczone/niewyleczone P/L .....
niestabilność szczytowo-potyliczna .....
osteopenia, osteoporoza, osteomalacja (gdzie?) .....
zwyrodnienia stawów (jakich?).....
jałowa martwica kości (gdzie?).....
inne zaburzenia: .....
.....
pomoce (sprzęt (jaki?)/protezy/ortezy/obuwie specjalistyczne/inne): .....
.....

ROZPOZNANIE:.....
.....
.....

PRZECIWWSKAZANIA DO UDZIAŁU W HIPOTERAPII:

□ nie stwierdzam
□ stwierdzam

uwagi:.....
.....

SZCZEGÓŁOWE ZALECENIA I OGRANICZENIA DOTYCZĄCE HIPOTERAPII:.....
.....
.....
.....
.....

Dnia..... .....
(pieczątka i podpis lekarza)