



„HEJ, KONIKU!”
FUNDACJA POMOCY MŁODZIEŻY I DZIECIOM NIEPEŁNOSPRAWNYM
ul. Wincentego 92 03-291 Warszawa
tel. (022) 8145976, tel/fax. (022) 6741148 www.hejkoniku.org.pl
BANK PKO S.A. Grupa PEKAO S.A. 62 1240 1082 1111 0000 0387 2509

fundacja@hejkoniku.org.pl

.....
(pieczęćka 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.....

/pieczęćka i podpis lekarza/



„HEJ, KONIKU!”

nr 1

FUNDACJA POMOCY MŁODZIEŻY I DZIECIOM NIEPEŁNOSPRAWNYM
ul. Wincentego 92 03-291 Warszawa

Załącznik

.....
(pieczęć 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 okulistyczna kardiologiczna

psychiatryczna alergologiczna inna

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii:

nie stwierdzam stwierdzam

uwagi

.....

.....

.....
/miejsowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/



„HEJ, KONIKU!”

nr 2

FUNDACJA POMOCY MŁODZIEŻY I DZIECIOM NIEPEŁNOSPRAWNYM

ul. Wincentego 92 03-291 Warszawa

Załącznik

(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

.....

.....

.....

.....



„HEJ, KONIKU!”

nr 3

FUNDACJA POMOCY MŁODZIEŻY I DZIECIOM NIEPEŁNOSPRAWNYM

ul. Wincentego 92 03-291 Warszawa

Załącznik

(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-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/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):

ROZPOZNANIE:

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii:

nie stwierdzam

stwierdzam

uwagi