



„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

.....  
(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):  
fizyczne      umysłowe      emocjonalne      społeczne

**Wyrażam zgodę na udział w/w osoby w zajęciach hipoterapii przez okres**

**.....**

Szczegółowe zalecenia i ograniczenia dotyczące hipoterapii:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

dnia.....

.....  
/pieczętka i podpis lekarza kwalifikującego/



„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

**Załącznik nr 1**

fundacja@hejkoniku.org.pl

.....  
(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       okulistyczna       kardiologiczna

psychiatryczna       alergologiczna      inna .....

**Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii:**

nie stwierdzam       stwierdzam

uwagi .....

.....

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/



„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

**Załącznik nr 2**

fundacja@hejkoniku.org.pl

(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.....

.....  
/miejscowość, data/

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/



„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

**Załącznik nr 3**

fundacja@hejkoniku.org.pl

(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, niewyleczone.....

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 .....

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/pieczętka i podpis lekarza/