



„HEJ, KONIKU!”
FUNDACJA POMOCY MŁODZIEŻY I DZIECIOM NIEPEŁNOSPRAWNYM
ul. Wincentego 92 03-291 Warszawa

(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):

ROZPOZNANIE:

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii:

nie stwierdzam

stwierdzam

uwagi

.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/