

KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

Nazwisko i Imię:

Data urodzenia :

Miejsce zamieszkania:

Nr telefonu: e-mail

Nr polisy NW:

Lekarz prowadzący:

ROZPOZNANIE JEDNOSTKI CHOROBOWEJ:

.....

Rozwój emocjonalny i społeczny(zaburzenia kontaktu, lęki, agresja, nadpobudliwość, zahamowania):

.....

.....

OPIS STANU PACJENTA:

1. Stan ruchowy:

Siedzi samodzielnie chodzi samodzielnie

Chodzi z pomocą(jaką) trzymanie głowy

Ruchy mimowolne

Używany sprzęt rehabilitacyjny oraz oprotezowanie:

.....

2. Choroby układu kostnego:

Zwichnięcie stawu biodrowego.....

wypadanie stawu biodrowego(hipermobilność stawowa)

Rozszczep rdzenia kręgowego..... zesztynienie kręgosłupa.....

Uszkodzenia rdzenia kręgowego na poziomie.....

Skrzywienia kręgosłupa(°Coba).....

Osteoporoza artroza

Zaburzenia w kostnieniu.....

Opis RTG odc. szyjnego kręgosłupa (w przypadku Zespołu Downa):

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

3. Ocena napięcia mięśniowego

.....

4. Zaburzenia neurologiczne:

Padaczka (występowanie ataków, rodzaj).....

Wodogłowie (obecność zastawki).....

Zaburzenia czucia

Inne :

5. Przebyte operacje i zabiegi chirurgiczne:

.....
.....

6. Przyjmowane leki:

.....

7. Wady słuchu

.....

8. Zaburzenia mowy

.....

9. Wady wzroku (w przypadku wady wzroku konieczna jest zgoda lekarza okulisty na jazdę konną)

.....
(podpis i pieczęć lekarza okulisty)

10. Inne ważne schorzenia:

.....

.....

DECYZJA LEKARZA KIERUJĄCEGO:

Kieruję / nie kieruję* na rehabilitację metodą hipoterapii

Ograniczenia dotyczące hipoterapii:

.....

data

(podpis lekarza i pieczęć)

- **niepotrzebne skreślić**