

KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

| | |
|---------------------|---------------------|
| Imię i nazwisko: | |
| Data urodzenia: | Wiek w dniu zapisu: |
| Wzrost: | Waga: |
| Adres zamieszkania: | |
| Tel. opiekuna: | E-mail opiekuna: |

| |
|-----------------------------|
| Diagnoza: |
| |
| |
| Ocena zdolności umysłowych: |
| |
| |

Proszę przeczytać i wskazać zaburzenia towarzyszące, występujące u pacjenta. Jeżeli którekolwiek z wymienionych zaburzeń występuje, proszę załączyć informacje dotyczące tych dolegliwości.

W przypadku występowania zaburzeń zaznacz kwadrat:

- Zaburzenia wzroku
- Zaburzenia słuchu.....
- Zaburzenia mowy
- Choroby serca
- Zaburzenia metaboliczne
- Choroby skóry i tkanek miękkich
- Alergie
- Zabiegi chirurgiczne
- Epilepsja
- Schizofrenia
- Zaburzenia mięśniowe [Jakie (obniżone/podwyższone napięcie mięśniowe, dystrofie itp.)]:
.....
.....
- Choroby kości i stawów
- Osteoporoza
- Choroby moczowo-płciowe
- Wady postawy (skoliozy, hiperlordoza itp.)

INNE UWAGI:

.....

.....

.....

OPIS STANU PACJENTA

STAN RUCHOWY

- Siedzi samodzielnie
- chodzi samodzielnie
- chodzi z pomocą
- trzymanie głowy
- ruchy mimowolne
- używany sprzęt rehabilitacyjny oraz protezowanie

czy zgłasza potrzeby fizjologiczne: TAK/NIE

Proszę dołączyć dodatkowe informacje, które mogą być pomocne w czasie zajęć (cel zajęć, nad czym chcemy pracować etc.):

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

WSKAZANIA LEKARZA/FIZJOTERAPEUTY [wypełnia lekarz/fizjoterapeuta]

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

STWIERDZAM BRAK PRZECIWSKAZAŃ DO HIPOTERAPII

Podpis i pieczętka lekarza

ZGODA OPIEKUNÓW

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka (podopiecznego) w zajęciach hipoterapii.

Podpis rodziców lub opiekunów

Dane do faktury [jeśli trzeba]

| | |
|-------------------------------------------------------|--------------|
| Nazwa: | |
| Adres: | |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |
| NIP: | |
| Nazwa usługi jeśli specjalna: | |
| Odbiór f-ry osobiście / wysyłka f-ry na adres e-mail: | |