



Centrum Edukacji, Rehabilitacji i Opieki „Helenów”  
Ul. Hafciarska 80/86  
Tel. 601 251 979  
hipoterapia.helenow@gmail.com

## SKIEROWANIE NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

Nazwisko i imię.....

Data urodzenia.....wzrost..... waga.....

telefon, e-mai do opiekuna.....

**Wypełnia lekarz prowadzący terapię dziecka:**

Rozpoznanie jednostki chorobowej, numer ICD-10:

W przypadku: G80, G81, G82, G83, Q01, Q05 i Q90 obowiązuje dodatkowo opinia ortopedy

Przyjmowane leki na stałe:.....

Zalecenia lekarza .....

Niepełnosprawność intelektualna: TAK/NIE w jakim stopniu.....

	<u>TAK lub NIE</u>	<u>UWAGI</u>
<b>Możliwości ruchowe:</b>		
Samodzielnie trzyma głowę	TAK/NIE	jeśli nie to przeciwwskazanie do hipoterapii
Siedzi samodzielnie	TAK/NIE	
Porusza się bez pomocy	TAK/NIE	
Porusza się na wózku	TAK/NIE	
Jeśli tak, czy samodzielnie napędza wózek		
Wymaga zaopatrzenia ortopedycznego w przemieszczaniu	TAK/NIE	Trójnóg/ balkonik/ inne? .....
Czy można pionizować?	TAK/NIE	
<b>Zaburzenia układu nerwowego</b>	TAK/NIE	
Epilepsja (jeśli tak to jak często napady, jak wyglądają)	TAK/NIE	
Wodogłowie (obecność zastawki)	TAK/NIE	
Odruchy patologiczne	TAK/NIE	
Ruchy mimowolne	TAK/NIE	
Zaburzenia czucia	TAK/NIE	
<b>Zaburzenia układu ruchowego</b>	TAK/NIE	

Stawy biodrowe (dysplazja/zwichnięcia)	TAK/NIE	Jeśli tak to aktualny stan rtg (data)
Kręgosłup rozszczep	TAK/NIE	
Niestabilność kręgów szyjnych w zespole Downa	TAK/NIE	Jeśli tak to przeciwwskazanie do hipoterapii
Artroza	TAK/NIE	
Dyskopatia	TAK/NIE	
Osteoporoza	TAK/NIE	
Nowotwory (mięśni/kości)	TAK/NIE	
<b>Wady postawy (jakie?)</b>	TAK/NIE	
Zaburzenia napięcia mięśniowego (jakie?)	TAK/NIE	
Przykurcze	TAK/NIE	
Ograniczenia ruchomości stawów	TAK/NIE	
Obniżona siła mięśni	TAK/NIE	
Zanik mięśni	TAK/NIE	
Skolioza (jaki stopień)	TAK/NIE	
<b>Inne deficyty</b>		
Wady słuchu (jakie?)	TAK/NIE	
Jeśli tak to czy nosi aparat słuchowy	TAK/NIE	
Nadwrażliwość na dźwięki	TAK/NIE	
Wady wzroku (jakie?)	TAK/NIE	
Jeśli tak to czy nosi okulary/soczewki kontaktowe	TAK/NIE	
Nadwrażliwość na bodźce wzrokowe	TAK/NIE	
Nadwrażliwość na zapachy	TAK/NIE	
Alergie (jakie?)	TAK/NIE	
Zaburzenia psychiczne (jakie?)	TAK/NIE	
Choroby psychiczne (jakie?)	TAK/NIE	
W jaki sposób się komunikuje?		

**DODATKOWE INFORMACJE O PACJENCIE:**

***Wypełniają specjaliści prowadzący inne, niż hipoterapia, formy terapii dziecka:***

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

***Data, podpis, pieczęć lekarza prowadzącego***