



.....dnia.....

.....

.....

(pieczęć instytucji kwalifikującej)

## INFORMACJA O OGÓLNYM STANIE ZDROWIA PACJENTA ZGŁASZANEGO DO REHABILITACJI HIPOTERAPIĄ.

Imię ..... i  
nazwisko .....

.....

Data  
urodzenia ..... Waga..... Wzrost..

.....

Adres.....

.....

Tel. ....

ROZPOZNANIE.....

.....

.....

.....

PRZYCZYNA.....

.....

.....

.....

POCZĄTEK

CHOROBY .....

.....

WYSTĘPUJĄCE ZABURZENIA: (właściwe podkreślić i ewentualnie  
uzupełnić)

WZROKU.....

.....

SŁUCHU.....

.....

MOWY.....

.....

UKŁADU

KRĄŻENIA.....

.....

**CHOROBY****METABOLICZNE.....****.....****CHOROBY****SKÓRY.....****.....****CHOROBY****REUMATYCZNE/REUMATOIDALNE.....****.....****ALERGIA****(jaka?).....****.....****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.....****.....****wzmoczone****(gdzie?).....****osłabione****(gdzie?).....****NAPIĘCIE****MIĘŚNIOWE:****prawidłowe.....****wzmoczone****(gdzie?).....****osłabione****(gdzie?).....****PRZETRWAŁE****ODRUCHY:****atos,****stos,****inne****(jakie?).....****ATAKSJA.....****.....****ATETOZA.....****.....****EPILEPSJA:****postać.....****.....**

**częstotliwość**  
**napadów** .....

**leczenie** .....  
.....

**PRZEPUKLINA** **OPONOWA** **(OPONOWO-  
RDZENIOWA)** .....

**WODOGŁOWIE** **(czy** **są**  
**zastawki?)** .....

**ZABURZENIA** **KONTROLI** **POTRZEB**  
**FIZJOLOGICZNYCH** .....

**INNE** **ZABURZENIA**  
**NEUROLOGICZNE** .....  
.....

**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, .....  
.....

**MIEDNICA:** **przodopochylenie,**  
**tyłopochylenie** .....  
**NIESTABILNOŚĆ SZCZYTOWO-POTYLICZNA** **(np. w Zespole**  
**Downa)** .....

**OSTEOPOROZA,** **OSTEOMACJA**  
(gdzie?) .....

**ZWYRODNIENIE** **STAWÓW**  
(jakich?) .....

**JAŁOWA** **MARTWICA** **KOŚCI**  
(jakich?) .....

**INNE**  
**ZABURZENIA** .....

.....  
.....

**POMOCE ORTOPEDYCZNE** (sprzęt, protezy, ortezy, obuwie  
specjalistyczne,  
inne): .....

.....  
**OPIS ZABURZEŃ / DEFICYTÓW:**

**1. w obszarze rozwoju emocjonalno –**  
**motywacyjnego.**.....

.....  
.....

.....  
.....

**2. w obszarze rozwoju**  
**społecznego** .....

.....  
.....

.....  
.....

**3. w obszarze rozwoju poznawczego**  
**(intelektualnego)** .....

.....  
.....

.....  
.....

**SZCZEGÓŁOWE ZALECENIA I PRZECIWWSKAZANIA DOTYCZĄCE**  
**HIPOTERAPII:**.....

.....  
.....

.....  
.....

.....

lekarza/

/pieczęć i podpis

**NIE STWIERDZONO PRZECIWWSKAZAŃ DO UCZESTNICTWA**  
**W ZAJĘCIACH HIPOTERAPEUTYCZNYCH.**

....

lekarza/

.....

/pieczęć i podpis