



## KARTA UCZESTNIKA ZAJĘĆ

Nazwisko i imię.....

Data urodzenia.....

Telefon, e-mail rodzica.....

Placówka opiekuńczo-wychowawcza, do której uczęszcza dziecko .....

Główna placówka prowadząca rehabilitację dziecka .....

### ***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)*

Cel hipoterapii u dziecka: .....

Dziecka nie dotyczą następujące przeciwwskazania lub ograniczenia do zajęć hipoterapii *(należy zakreślić właściwe)*:

- uczulenie na sierść, pot lub zapach konia;
- niewygojone rany;
- poważne schorzenia okulistyczne;
- pogorszenie stanu w zespołach neurologicznych, stanach po urazach czaszkowo-mózgowych, nadpobudliwości psychoruchowej, chorobach mięśni;
- brak kontroli głowy w rozwoju motorycznym;
- upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim;
- zaburzenia mineralizacji kości;
- utrwalone deformacje i zniekształcenia, przykurcze, ograniczenia zakresu ruchu układu kostno-stawowego, np. zwichnięcia w stawach biodrowych.

***Pieczęć placówki prowadzącej terapię dziecka  
lekarza prowadzącego***

***Data, podpis, pieczęć***



DODATKOWE INFORMACJE O PACJENCIE:

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

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

.....  
*Data, podpis i pieczęć*

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

.....  
*Data, podpis i pieczęć*

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

.....  
*Data, podpis i pieczęć*