



FUNDACJA i STOWARZYSZENIE JEŹDZIECKIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH HIPPOLAND  
04-369 Warszawa ul. Kickiego 2 lok. U 2 tel./ fax 22 671 51 77, 0- 510287654  
e-mail: [hippoland@hippoland.pl](mailto:hippoland@hippoland.pl) , [www.hippoland.pl](http://www.hippoland.pl)

## KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

Data .....

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia..... Miejsce .....

Adres zamieszkania.....

.....

PESEL .....Tel. ....

Wzrost.....Waga.....

DEFICYTY:

- |                           |     |     |
|---------------------------|-----|-----|
| ▪ Upośledzenie fizyczne:  | TAK | NIE |
| ▪ Upośledzenie umysłowe:  | TAK | NIE |
| ▪ Zaburzenia emocjonalne: | TAK | NIE |
| ▪ Niezdolność do nauki:   | TAK | NIE |

Diagnoza: .....

.....

Przyczyna: .....

.....

Początek choroby: .....

Rodzaj uszkodzenia (niesprawność kończyn): .....

.....

Uszkodzenie rdzenia kręgowego na poziomie: .....

.....

Ocena zdolności umysłowych: .....

.....

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

RODZAJ ZABURZENIA	TAK	NIE	DODATKOWE INFORMACJE
ZABURZENIA WZROKU			
ZABURZENIA SŁUCHU			
ZABURZENIA MOWY			
CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA			Rodzaj:
ZABURZENIA METABOLICZNE: - Cukrzyca - wydolność pęcherza, jelit - inne			
SKÓRA I TKANKI MIĘKKIE: - otwarte rany, - nadwrażliwość, podwrażliwość na dotyk - zranienia wyleczone			Lokalizacja:
Bóle przewlekłe			Rodzaj i miejsce występowania:
ZABURZENIA NEUROLOGICZNE - padaczka, - wodogłowie, - zaburzenia czucia - inne			Kontrolowana: TAK NIE Ostatni atak: Typ:
CHOROBY KOŚĆCA: - zwichnięcie stawu biodrowego - podwichnięcie stawu biodrowego - rozszczep kręgosłupa - zeszczywnienie kręgosłupa - osteoporoza			

<ul style="list-style-type: none"> <li>- zaburzenia kostnienia</li> <li>- artroza</li> </ul> <p>WADY POSTAWY:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza)</li> <li>- pogłębienie przednio-tylnych krzywizn kręgosłupa</li> <li>- inne</li> </ul>			<p>Stopień, typ skrzywienia:</p>
--	--	--	----------------------------------

Tętno: .....

Ciśnienie krwi: .....

Przyjmowane leki: .....

Zabiegi chirurgiczne (rodzaj i data):

.....  
.....

Inne lub specjalne uwagi:

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

**MOŻLIWOŚCI MOTORYCZNE (zakreślić właściwe)**

Czy pacjent przemieszcza się samodzielnie?    TAK            NIE

Rodzaj przemieszczania:    pełza    czworakuje    chodzi    inne.....

Pomoc przy przemieszczaniu:

                 nie jest konieczna            minimalna    średnia            maksymalna

Chodzenie:    samodzielne            z laską            z kulami            przy balkoniku

                 przy pomocy innych osób            inne .....

Czy pacjent używa wózka inwalidzkiego?            TAK            NIE

Jeździ na wózku: samodzielnie z pomocą drugiej osoby

#### TOALETA

Czy dziecko samodzielnie korzysta z toalety? TAK NIE

Zakres pomocy .....

Czy dziecko nosi pielucho-majtki? TAK NIE

Proszę dołączyć dodatkowe informacje, które mogą być pomocne w czasie zajęć.  
W szczególności **opinię psychologa**, psychiatry lub innych specjalistów w przypadku osób z zaburzeniami i problemami natury emocjonalnej, poznawczej, umysłowej czy psychicznej.

#### WSKAZANIA LEKARZA

.....  
.....

Imię, nazwisko i specjalizacja lekarza (czytelnie) .....

.....

Podpis i pieczęć lekarza .....

Zgoda opiekunów dziecka:

Wyrażam zgodę na uczestnictwo naszego dziecka w zajęciach hipoterapii i jazdy konnej.

PODPIS RODZICÓW .....

Pacjent korzystający z terapeutycznych zajęć jeździeckich (hipoterapii) powinien być ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków z tytułu jazdy konnej w dowolnym zakładzie ubezpieczeń.

Nr polisy ubezpieczeniowej dziecka i czas trwania polisy:

.....  
.....