



## KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

Imię i nazwisko dziecka:

Strona | 1

.....

Imiona i nazwiska rodziców:

.....

Data urodzenia: .....

PESEL.....

Waga.....

Wzrost.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

.....

Tel.:.....

Rozpoznanie.....

.....

.....

.....

### OPIS STANU PACJENTA

**Test funkcjonalny:**

- kontrola głowy.....

- siedzi samodzielnie.....

- chodzi samodzielnie.....

- chodzi z pomocą.....



- używany sprzęt rehabilitacyjny oraz protezowanie.....
- .....
- .....
- zaburzenia równowagi.....
- zaburzenia koordynacji ruchowej.....
- inne.....

**Ocena układu kostno – stawowego :**

- stawu biodrowego.....
- zniekształcenia w obrębie układu kostnego.....
- przykurcze, deformacje.....
- wada postawy.....
- skrzywienie kręgosłupa (podać jakie skrzywienie, stopień)
- .....
- .....
- kolana: koślawe, szpotawe, z  
przeprostem.....
- .....
- stopy: płasko kośława, płaska, końsko-szpotawa, inna.....
- ubytki lub inne deformacje.....
- .....
- skrócenie kończyny.....
- amputacja (poziom).....
- miednica: przodopochylenie, tyłopochylenie.....
- niestabilność szczytowo-potyliczna (np. w zespole Downa).....
- .....
- zwyrodnienie stawów (jakich?).....;
- .....
- zeszywnienie kręgosłupa.....
- osteoporoza.....



**Ocena napięcia mięśniowego:** (osłabione, wzmożone,

gdzie?).....

.....

**Zaburzenia neurologiczne:**

- ruchy mimowolne.....

.....

- padaczka (częstość występowania ataków, postać, leczenie)

.....

.....

- wodogłowie (obecność zastawki).....

- zaburzenia czucia.....

.....

- przetrwałe odruchy: ATOS, STOS, inne (jakie?).....

.....

- ataksja.....

- atetoza.....

- niedowład, porażenia.....

.....

- inne.....

.....

**Zaburzenia układu krążenia (wady serca):**

.....

.....

**Czynności fizjologiczne (samodzielnie, z pomocą).....**

.....

**Wady wzroku** (w przypadku wady wzroku konieczna jest zgoda lekarza

okulisty na jazdę konną)

.....

.....



**Wady słuchu (czy nosi aparat słuchowy?)**

.....  
.....

**Zaburzenia mowy (czy jest pod opieką poradni logopedycznej?)**

.....  
.....

**Inne schorzenia (cukrzyca, niewydolność nerek, choroby układu oddechowego) .....**

.....

**Przebyte operacje i zabiegi chirurgiczne:**

.....  
.....

**Przyjmowane leki:.....**

.....

**Choroby skóry:.....**

.....

**Alergia (podać na co) .....**

.....

**Poziom rozwoju intelektualnego:**

- norma.....
- opóźnienie rozwoju intelektualnego.....
- upośledzenie umysłowe (stopień).....



- inne informacje.....

.....

### Rozwój emocjonalny i społeczny:

- obszar rozwoju społecznego.....

.....

.....

- obszar rozwoju emocjonalnego.....

.....

.....

### Szczegółowe zalecenia dotyczące zajęć hipoterapii:

.....

.....

.....

.....

### Założenia:

Dziecka nie dotyczą następujące przeciwwskazania lub ograniczenia do zajęć hipoterapii:

- uczulenie na sierść, pot lub zapach konia
- niewygojone rany
- schorzenia okulistyczne<sup>1</sup>
- pogorszenie stanu w zespołach neurologicznych, stanach po urazach czaszkowo-mózgowych, nadpobudliwości psychoruchowej, chorobach mięśni
- całkowity brak kontroli głowy w rozwoju motorycznym



•utrwalone deformacje i zniekształcenia, przykurcze, ograniczenia zakresu ruchu układu kostno-stawowego, np. zwichnięcia w stawach biodrowych, zaburzenia mineralizacji kości<sup>2</sup>

<sup>1</sup> wymagana konsultacja okulisty

<sup>2</sup> wymagana konsultacja ortopedy

.....  
(data, pieczęć i podpis lekarza)

**NIE STWIERDZONO PRZECIWSKAZAŃ DO UCZESTNICTWA W  
ZAJĘCIACH HIPOTERAPEUTYCZNYCH**

.....  
(data, pieczęć i podpis lekarza)

*Prowadzący zajęcia: Sara Szewczyk, instruktor rekreacji ruchowej o specjalności hipoterapia*

*Kontakt do Fundacji: tel.: 509 796 282, e-mail: [kontakt@dzieciwujatoma.pl](mailto:kontakt@dzieciwujatoma.pl)*