



SKIEROWANIE NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

Nazwisko i imię.....

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

Adres zamieszkania, telefon, e-
.....
.....

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
- nie wygojone 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

Data, podpis, pieczęć lekarza prowadzącego

