

SKIEROWANIE NA HIPOTERAPIĘ

Imię i nazwisko pacjenta

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

1. Klasyfikuje / czasowo klasyfikuje * się na zajęcia hipoterapeutyczne z rozpoznaniem:

Rozpoznanie jednostki chorobowej, **numer ICD-10:**

W przypadku: G80, G81, G82, G83, Q01, Q05 i Q90 obowiązuje dodatkowo opinia ortopedy.

2. Wymagane konsultacje dodatkowe na hipoterapię:

- ortopedyczna neurologiczna audiologiczna okulistyczna
- kardiologiczna psychiatryczna alergologiczna inna

*niepotrzebne skreślić

3. Główna placówka prowadząca rehabilitację dziecka

4. Cel hipoterapii u dziecka:

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

- Uczulenie na sierść, pot lub zapach konia.
- Nie wygojone rany.
- Nietolerancja tej formy terapii przez pacjenta, np. niepohamowany lęk
- Odklejanie siatkówki, wzmożone ciśnienie śródgałkowe
- Brak kontroli głowy w rozwoju motorycznym i czynnej pozycji siedzącej
- Wodogłowie bez wszczepionej zastawki.
- Niestabilność kręgów szyjnych występująca np. w zespole Down'a
- Zwichnięcia i podwichnięcia stawów biodrowych.
- Skoliozy powyżej 20° wg Ceba oraz progresujące skoliozy idiopatyczne
- Choroby mięśni przy sile mięśni ocenianej poniżej 3 punktów w skali Lowetta
- Pogorszenie stanu w zespołach neurologicznych, stanach po urazach czaszkowo-mózgowych, ADHD, chorobach mięśni.
- Ostre stany chorób i zaburzeń psychicznych.
- Podwyższona temperatura.
- Ostre choroby infekcyjne

6. Uwagi (np. konsultacja innego specjalisty):

.....

.....

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