



## SKIEROWANIE NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII

Nazwisko i imię.....

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

Adres zamieszkania, telefon, e mail.....

.....

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

.....

### **Wypełnia lekarz**

#### ROZPOZNANIE JEDNOSTKI CHOROBOWEJ

.....

Cel hipoterapii u dziecka: .....

.....

Dziecka **nie dotyczą** następujące przeciwwskazania. lub ograniczenia do zajęć hipoterapii:

- 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 wszczępionej zastawki.
- Niestabilność kręgów szyjnych występująca np. w zespole Down'a (konieczność wykonania zdjęcia rtg z opisem)
- Zwichnięcia i podwichnięcia stawów biodrowych.

**www.kapiris.pl**

tel. 510 218 806

e-mail info@kapiris.pl

NIP 969-069-37-63



- Skoliozy powyżej 20° wg Ceba oraz progresujące skoliozy idiomatyczne.
- Choroby mięśni przy sile mięśni ocenianej poniżej 3 punktów w skali Lowetta
- Pogorszenie stanu w zespołach neurologicznych, stanach po urazach czaszkowo-mózgowych.
- Ostre stany chorób i zaburzeń psychicznych.
- Podwyższona temperatura.
- Ostre choroby infekcyjne.

Uwagi (np. konsultacja innego specjalisty):

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

Termin następnej wizyty:.....

### Brak przeciwwskazań do zajęć hipoterapii

.....

(data i podpis lekarza)

Dodatkowe uwagi (lekarza lub rodzica/opiekuna):

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