

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

(Wypełnia rodzic /opiekun prawny. Należy uzupełnić wszystkie rubryki)

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA ZAJĘĆ

Imię i Nazwisko:

Data i Miejsce urodzenia:

Wiek:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

Wzrost:

Waga:

Czy dziecko uczestniczyło wcześniej w zajęciach hipoterapii? TAK NIE

Bezwzględne przeciwwskazania do udziału w zajęciach:

- 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 Cobb 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.



OŚWIADCZENIE

1. Zgłaszam dziecko do udziału w następujących zajęciach:

- hipoterapii,
 gimnastyki na koniu,
 terapeutycznego kontaktu z koniem

prowadzonych w Szkółce Jeździeckiej „PROMYK”, z siedzibą w 37-122 Albigowa 300.

2. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka oraz dokumentacji przebiegu terapii (zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz.U. z 2002 r. nr 101 poz. 926 ze zm.).
 Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że mam prawo dostępu do treści danych osobowych dziecka i ich poprawiania w siedzibie SJ PROMYK.
4. Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody/* na publikowanie wizerunku mojego dziecka w materiałach informacyjnych, promocyjnych oraz na stronie internetowej Szkółki Jeździeckiej „PROMYK”.
5. Świadomi ryzyka związanego z uczestnictwem w hipoterapii wyrażamy zgodę na udział dziecka w tej formie terapii. Zdaję sobie sprawę, że pacjent korzystający z tej formy terapii powinien być ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków z tytułu uczestnictwa w zajęciach.
6. Zapoznałam/łem się z *Regulaminem* stadniny i zobowiązuję się do jego przestrzegania oraz przez moje dziecko.

.....
Czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego

INFORMACJE O UCZESTNIKU ZAJĘĆ**Lekarz prowadzący**

Imię i nazwisko:

Specjalizacja:

Kontakt:

Placówka rehabilitacyjna

Nazwa i adres:

Imię i nazwisko rehabilitanta:

Kontakt:

Placówka opiekuńczo – wychowawcza, do której uczęszcza dziecko

Nazwa i adres:

Imię i nazwisko prowadzącego:

Kontakt:



Rozpoznanie jednostki chorobowej:

Choroby towarzyszące:

Stopień niepełnosprawności:

ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAW. LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY

Upośledzenie fizyczne:

Upośledzenie umysłowe (ocena zdolności umysłowych):

Zaburzenia emocjonalne:

Problemy z nauką:

Stan ruchowy:

Trzyma głowę TAK NIE
 Siedzi TAK, SAMODZIELNIE TAK, Z POMOCĄ NIE
 Ruchy mimowolne TAK NIE
 Pełza TAK NIE
 Czworakuje TAK NIE
 Chodzi TAK, SAMODZIELNIE TAK, Z POMOCĄ NIE

Pomoc przy przemieszczaniu:

TAK NIE STOPIEŃ

UŻYWANY SPRZĘT

Czy pacjent używa wózka inwalidzkiego?

TAK, SAMODZIELNIE TAK, Z POMOCĄ NIE



Korzystanie z toalety i sygnalizacja potrzeb fizjologicznych:

Zaburzenia wzroku:

Zaburzenia słuchu:

Zaburzenia mowy:

Sposób porozumiewania z otoczeniem:

Ocena napięcia mięśniowego:

Padaczka (rodzaj, częstość ataków):

Wodogłowie (obecność zastawki):

Zaburzenia czucia:

Przebyte operacje i zabiegi:

Przyjmowane leki:

Używany sprzęt oraz oprotezowanie:

Zwichnięcie stawu biodrowego: TAK, NIE **Wypadanie stawu biodrowego:** TAK, NIE

Rozszczep rdzenia kręgowego: TAK, NIE **Zesztywnienie kręgosłupa:** TAK, NIE

Uszkodzenie rdzenia kręgowego na poziomie:

Skrzywienie kręgosłupa (°Coba):

Osteoporoza:

Inne:

