



PŘIHLÁŠKA K AMBULANTNÍ HIPOREHABILITACI

Jméno a příjmení: **datum nar.:**

Adresa: **PSČ:**

Telefonní číslo (mobil, domů, zaměstnání):

Doprovod: matka - otec - jiná osoba

Jméno: **datum nar.:**

Povolání:

Sourozenci:

Zdravotní pojišťovna:

Úrazové pojištění dítěte: ANO – NE číslo:

Průkaz ZTP: ANO – NE číslo:

Členem org. zdrav. post.: ANO – NE

Udržování hygieny: samostatně s doprovodem

Škola, zaměstnání, ÚSP:

Zájmy a schopnosti:

Důležitá upozornění (chování, strava):

Absolvovalo dítě tuto nebo podobnou léčbu již předtím (samostatně, s doprovodem):

.....

.....

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem si vědom(a) nebezpečí při práci s koňmi a jízdě na nich, hodlám mu čelit maximální ukázněností a respektováním pokynů personálu. Do areálu i na koně vstupuji na vlastní nebezpečí a souhlasím se zapojením do hiporehabilitace. Byl(a) jsem seznámen(a) s doporučením vlastního úrazového pojištění.

Souhlasím s případným uvedením křestního jména mého syna/dcery a s použitím fotomateriálů pořízených sdružením CHEWAL pro propagační a dokumentační účely.

.....

datum

.....

podpis (odpovědná osoba)



DOPORUČENÍ LÉKAŘE

(odborného dle diagnózy, příp. logopeda, psychologa apod.)

Jméno a příjmení: **datum nar.:**

Diagnóza:
.....
.....

Forma hiporehabilitace: a) hipoterapie
b) aktivity s využitím koní (AVK)
c) rekondiční ježdění
d) jiné zaměření

Mentální retardace:

Záchvatové onemocnění (frekvence):

Alergie(popis):

Datum očkování proti tetanu:

Užívá klient nějaké medikamenty: ANO – NE

(popis podávání)
.....

Zpráva pro fyzioterapeuta:

rehabilitační péče je prováděna:

- pravidelně
- nepravidelně
- s fyzioterapeutem
- doma
- neprováděna
- užití rehab. metody:
- pobyty v lázeňských zařízeních (kde, kdy):
- zařazen do hiporehabilitace již dříve (místo, frekvence, jm.fyzioterapeuta):
- poslední rtg. kyčelních kloubů (datum, popis) - u urč. dg.:

Popř. prosíme přiložit zprávu fyzioterapeuta

Jiná sdělení:

.....
datum

.....
podpis a razítko lékaře