



Cisi Pracownicy Krzyża



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Projekt „**Dzielni - Samodzielni – zwiększanie samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez różne formy terapii**” współfinansowany ze środków PFRON w ramach konkursu 2/2016 pod nazwą „Kurs na samodzielność – zwiększenie aktywności osób niepełnosprawnych w życiu społecznym” o zlecenie realizacji zadań na podstawie art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ze środków PFRON.

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Nazwisko i Imię: .....

Data urodzenia : .....

Miejsce zamieszkania:.....

Nr telefonu: ..... e-mail .....

Nr polisy NW: .....

Lekarz prowadzący: .....

### ROZPOZNANIE JEDNOSTKI CHOROBOWEJ:

.....

Rozwój emocjonalny i społeczny(zaburzenia kontaktu, lęki, agresja, nadpobudliwość, zahamowania):

.....

#### 1. Stan ruchowy:

Siedzi samodzielnie ..... chodzi samodzielnie .....

Chodzi z pomocą ..... trzymanie głowy.....

Ruchy mimowolne .....

Używany sprzęt rehabilitacyjny oraz oprotezowanie:

.....

#### 2. Choroby kośćca:

Zwichnięcie stawu biodrowego ..... wypadanie stawu biodrowego.....

Rozszczep rdzenia kręgowego ..... zeszywnienie kręgosłupa.....

Uszkodzenia rdzenia kręgowego na poziomie.....

Skrzywienia kręgosłupa(°Coba).....

Osteoporoza ..... artroza .....

Zaburzenia w kostnieniu.....

Opis RTG odc. szyjnego kręgosłupa (w przypadku Zespołu Downa):

.....  
**W przypadku braku zdjęcia RTG pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego**

.....  
czytelny podpis

**3. Ocena napięcia mięśniowego**

.....  
.....  
**4. Zaburzenia neurologiczne:**

Padaczka (występowanie ataków, rodzaj).....

Wodogłowie (obecność zastawki).....

Zaburzenia czucia .....

Inne : .....

**5. Przebyte operacje i zabiegi chirurgiczne:**

.....  
**6. Przyjmowane leki:**

.....  
**7. Wady słuchu**

.....  
**8. Zaburzenia mowy**

.....  
**9. Wady wzroku (w przypadku wady wzroku konieczna jest zgoda lekarza okulisty na jazdę konną )**

.....  
(podpis i pieczęć lekarza okulisty)

**10. Inne ważne schorzenia:**

.....  
**DECYZJA LEKARZA KIERUJĄCEGO:**

- Ograniczenia dotyczące hipoterapii: TAK / NIE \*                      **niepotrzebne skreślić**

data .....

.....  
(podpis lekarza i pieczęć)

- **niepotrzebne skreślić**