

## Veselý palouček, z.s.

tel.: 775 888 955 mail: [info@veselypaloucek.cz](mailto:info@veselypaloucek.cz) www.veselypaloucek.cz

### VYJÁDŘENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE pro HIPOTERAPII

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

žádáme Vás o vyjádření ke zdravotnímu stavu a způsobilosti níže uvedené/-ho klientky/-ta pro účast na hipoterapii. Jedná se o metodu využívající specifického pohybu koňského hřbetu v kroku k léčbě poruch pohybového aparátu. Délka jedné terapeutické jednotky je 10 až 20 min a doporučená frekvence je 1-3 krát týdně po dobu minimálně 3 měsíců. Výběr koně a polohy, délku a intenzitu terapie řídí odborně vyškolený fyzioterapeut. Žádáme Vás o vyplnění tohoto formuláře a předem děkujeme za spolupráci.

Jméno klienta:.....RČ:.....

Diagnóza (kód i slovy):.....

Mentální retardace (stupeň):.....

Záchvatovité onemocnění (frekvence a datum posledního záchvatu):.....

Alergie:.....

Datum posledního očkování proti tetanu:.....

Medikace:.....

Rehabilitace je prováděna: pravidelně / nepravidelně

s fyzioterapeutem/ergoterapeutem/logopedem/speciálním pedagogem/.....

doma s rodiči / neprováděna

užité rehabilitační metody.....

.....

Poslední RTG kyčelního kloubu (datum, popis):.....

.....

Popřípadě prosíme přiložit detailní zprávu terapeuta.

Souhlasím se zařazením klienta do programu hipoterapie.

Datum.....

Razítko a podpis lékaře:.....