

HIPOREHABILITACE

Příhláška k ambulantní hiporehabilitaci.

Ryzáček, z.s.
Vyšehorky 16
78985 Líšnice

Tel: 724 865 571
Email: fyzio@ryzacek.com
www.ryzacek.com



Jméno a příjmení:	
Datum narození:	
Trvalé bydliště:	
Základní onemocnění:	
Přidružená onemocnění:	
Doporučující odborný lékař:	
Razítko a podpis lékaře:	
Kontakt na zákonného zástupce nezletilé osoby:	
Jméno a příjmení:.....	
Telefon:.....	
Email:.....	
Očkování proti tetanu dne:	
Zdravotní pojišťovna:	
Úrazové pojištění: ANO - NE	
Důležitá upozornění (alergie aj.):	
Souhlasím tímto se zapojením své dcery/syna do ambulantní hiporehabilitace.	
Datum: Podpis* (odpovědné osoby):	
Tímto potvrzuji svůj souhlas se zásadami bezpečnosti při kontaktu s koněm a při jízdě na koni během mého pobytu v objektu Ryzáčka.	
Datum: Podpis* (odpovědné osoby):	
Souhlasím s využitím křestního jména a fotografií mé dcery/syna pro propagační a dokumentární účely a ke zveřejnění na internetových stránkách zapsaného spolku Ryzáček.	
Datum: Podpis* (odpovědné osoby):	

*) U nezletilých osob podpis zákonného zástupce.

Ryzáček, z.s. se ctí zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Členové spolku jsou vázáni dohodou o mlčenlivosti.

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) / terapie s využitím koní
 pomocí psychologických prostředků (TVKPP)
 c) rekondiční ježdění
 d) jiné zaměření.....

Mentální retardace:
Záchvatové onemocnění (frekvence, datum posl. záchvatu):
Stav kyčelních kloubů:
Skolióza (stupeň):
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):
.....

Popř. prosíme přiložit zprávu fyzioterapeuta.
Jiná sdělení:

.....
datum

.....
podpis a razítko lékaře