



KARTA ZGŁOSZENIA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPEUTYCZNE

I. DANE PERSONALNE:

imię i nazwisko:
data urodzenia:
dokładny adres zamieszkania:
nr telefonu kontaktowego: adres e-mail :
rozpoznanie jednostki chorobowej:
dodatkowe sprzężenia chorobowe:
przyjmowane leki:

II. INSTYTUCJE PROWADZĄCE DZIAŁANIA REHABILITACYJNE:

nazwa:
adres: osoba odpowiedzialna:
nazwa:
adres: osoba odpowiedzialna:

III. WYPOSAŻENIE W SPRZĘT REHABILITACYJNY:

-
-

IV. ZGODA LEKARZA RODZINNEGO NA UDZIAŁ W ZAJĘCIACH HIPOTERAPEUTYCZNYCH

(*w razie leczenia prowadzonego przez zespół lekarzy wskazana dodatkowa konsultacja
np. ortopedyczna, neurologiczna, psychiatryczna, ... - pkt. IVa)

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data i podpis)

IVa *. Dodatkowe wskazania lekarskie do zajęć hipoterapeutycznych
(opinia ortopedyczna, neurologiczna, psychiatryczna, ...)

.....
.....
.....
.....

.....
(data i podpis)

V. WSKAZANIA DO USPRAWNIANIA:

- opinia psychologa i / lub pedagoga:

.....
.....
.....
.....

.....
(data i podpis)

VI. ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW NA UDZIAŁ W ZAJĘCIACH
HIPOTERAPEUTYCZNYCH:

.....
.....

.....
(data i podpis)

VII. UWAGI:

.....
.....

VIII. POLISA UBEZPIECZENIOWA PACJENTA (NNW):

nr polisy: ważna do:

IX. DANE DO WYSTAWIENIA RACHUNKU:

nazwa firmy lub imię i nazwisko:

adres (siedziba):

nr identyfikacyjny NIP:

Data podpis osoby przyjmującej