

# АНКЕТА

## результатов проведения занятий по иппотерапии

ф.и.о. ребенка \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_ полных лет \_\_\_\_\_

№ лечебного учреждения \_\_\_\_\_

ф.и.о. родителей \_\_\_\_\_

домашний адрес \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_ мобильный \_\_\_\_\_

диагноз (полностью) \_\_\_\_\_

степень тяжести \_\_\_\_\_ способ передвижения \_\_\_\_\_

развитие речи \_\_\_\_\_ психическое (умственное) \_\_\_\_\_

период занятий с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ № цикла \_\_\_\_\_

количество занятий в месяц \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ минут. Общее кол-во занятий \_\_\_\_\_

методика лечения и упражнения ( как быстро посадили на лошадь, езда в седле или без него, с помощью родителей или инструктора, какие упражнения выполнялись и тд) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

влияние иппотерапии на психологическое и физическое состояние ребенка.

### 1. МНЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ

изменения в целом : положительные, отрицательные, отсутствуют (нужное подчеркнуть)

улучшения : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ухудшения : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

считают ли родители целесообразным продолжение занятий и почему \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

хочет ли ребенок продолжить занятия \_\_\_\_\_

дата заполнения « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

подпись \_\_\_\_\_

## 2. МНЕНИЕ ЛЕЧАЩЕГО ( КОНСУЛЬТИРУЮЩЕГО ) ВРАЧА

изменения в целом : положительные, отрицательные, отсутствуют ( нужно подчеркнуть )  
улучшения : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ухудшения : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

считает ли врач целесообразным проведение дальнейших занятий \_\_\_\_\_  
на что врач рекомендует обратить внимание при дальнейших занятиях \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

дата осмотра ребенка « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

ф.и.о. врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ МП \_\_\_\_\_

## 3. МНЕНИЕ ИНСТРУКТОРА

изменения в целом : положительные, отрицательные, отсутствуют ( нужно подчеркнуть )  
улучшения : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ухудшения : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

считает ли инструктор целесообразным проведение дальнейших занятий \_\_\_\_\_  
сколько раз в месяц целесообразно проводить занятия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

дата заполнения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. подпись \_\_\_\_\_

## 4. МНЕНИЕ ВРАЧА-КОНСУЛЬТАНТА БООВЕИ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ф.и.о. консультанта \_\_\_\_\_

дата заполнения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. подпись \_\_\_\_\_ МП \_\_\_\_\_