**Zanim wypełnisz ankietę sprawozdawczą, sprawdź czy Twój ośrodek spełnia wymagania dla Ośrodków Patronackich PTHip (Zgodnie z** [**wymaganiami dla Ośrodków Patronackich PTHip**](https://pthip.org.pl/files/wym_dla_osr_pat.pdf)**) odpowiadając na poniższe pytania:**

1. **Czy ośrodek realizuje hipoterapię zgodnie z Kanonami Polskiej Hipoterapii?**

* **TAK**
* **NIE**

1. **Czy osoby prowadzące hipoterapię mają ukończony i potwierdzony legitymacją kurs instruktora hipoterapii?**

* **TAK**
* **NIE**

1. **Czy w ośrodku pracuje przynajmniej jeden instruktor po kursie PTHip?**

* **TAK - wpisz imię i nazwisko:**

|  |
| --- |
|  |

* **NIE**

1. **Czy w ośrodku pracuje członek PTHip z opłaconą składką członkowską?**

* **TAK - wpisz imię i nazwisko:**

|  |
| --- |
|  |

* **NIE**

1. **Czy w 2023 roku któryś z pracowników uczestniczył w szkoleniu ustawicznym oferowanym przez PTHip (webinar, warsztat, konferencja)?**

* **TAK**
* **NIE**

1. **Czy ośrodek dysponuje przynajmniej dwoma końmi?**

* **TAK**
* **NIE**

1. **Czy Wszyscy pacjenci posiadają pisemną zgodę lekarza na udział w hipoterapii i dla każdego prowadzona jest dokumentacja przebiegu i postępów terapii?**

* **TAK**
* **NIE**

Jeśli na któreś z pytań odpowiedziałeś negatywnie, Twój ośrodek nie spełnia wymagań Ośrodka Patronackiego PTHip. Skontaktuj się z biurem Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego pthip.biuro@gmail.com, by uzyskać informacje, w jaki sposób spełnić powyższe wymagania i otrzymać patronat jeszcze na 2024 rok.

Jeśli na wszystkie pytania odpowiedziałeś twierdząco, przejdź do wypełnienia ankiety rocznego sprawozdania z działalności ośrodka hipoterapii objętego patronatem PTHip.

**ANKIETA ROCZNEGO SPRAWOZDANIA Z DZIAŁALNOŚCI OŚRODKA HIPOTERAPII OBJĘTEGO PATRONATEM PTHip**

sprawozdanie za rok **2023**

**Patronat przyznawany na okres 1 marca 2024 - 28 luty 2025**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **PODSTAWOWE INFORMACJE O OŚRODKU HIPOTERAPII** | |
| pełna nazwa ośrodka | |
|  | |
| adres ośrodka | |
|  | |
| status ośrodka | |
| * własność prywatna * organizacja pozarządowa * klub sportowy * gospodarstwo agroturystyczne * inne - jakie:  |  | | --- | |  | | |
| telefon | e-mail |
|  |  |
| strona www | ośrodek posiada patronat od roku: |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **KADRA OŚRODKA** | | |
| 1. **HIPOTERAPEUCI** | | |
| imię i nazwisko  hipoterapeuty | nr legitymacji PTHip lub nazwa organizatora kursu hipoterapii | specjalizacja podstawowa hipoterapeuty  (fizjoterapeuta, psycholog, pedagog, logopeda, terapeuta zajęciowy, terapeuta SI, instruktor jazdy konnej i inne) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **KONSULTANCI** | |
| imię i nazwisko specjalisty | specjalizacja  (lekarz pediatra, lekarz neurolog, lekarz rehabilitacji, lekarz ortopeda, fizjoterapeuta, psycholog, pedagog, logopeda, terapeuta zajęciowy, terapeuta SI, instruktor jazdy konnej i inne) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 1. **KONIE DO HIPOTERAPII** | |
| Liczba koni do hipoterapii |  |
| Jakie rasy koni pracują w ośrodku w hipoterapii? |  |
| Ile godzin pracuje koń w ciągu tygodnia? |  |
| 1. **WOLONTARIUSZE** | |
| Liczba wolontariuszy pracujących w ośrodku |  |
| Czy z wolontariuszami są podpisywane porozumienia/umowy? | * TAK * NIE |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **PROFIL OŚRODKA** | | | |
| W jakim wieku są pacjenci ośrodka? - przydziel punktację od 1 do max. 6, gdzie “1 oznacza największą liczbę pacjentów; wpisz “0” - jeśli nie ma takich pacjentów. | | | |
| * dzieci w wieku do 6 lat |  | | |
| * dzieci w wieku 6-10 lat |  | | |
| * dzieci w wieku 11-14 lat |  | | |
| * dzieci w wieku 15-18 lat |  | | |
| * dorośli |  | | |
| * dorośli powyżej 50 lat |  | | |
| Jakie są najczęstsze rozpoznania pacjentów ośrodka? - przydziel punktację od 1 do max. 8, gdzie “1 oznacza największą liczbę pacjentów; wpisz “0” - jeśli nie ma takich pacjentów | | | |
| * mózgowe porażenie dziecięce i inne zaburzenia neurologiczne dzieci |  | | |
| * zaburzenia ze spektrum autyzmu |  | | |
| * Zespół Downa |  | | |
| * choroby i zaburzenia psychiczne |  | | |
| * wady postawy |  | | |
| * niepełnosprawność intelektualna |  | | |
| * zaburzenia integracji sensorycznej i opóźnienie psychoruchowe |  | | |
| * inne |  | | Jakie?   |  | | --- | |  | |
| Stosowane w ośrodku formy wsparcia z udziałem koni - przydziel punktację od 1 do max. 7, gdzie “1 oznacza największą liczbę godzin wsparcia; wpisz “0”- jeśli nie prowadzisz takiej formy wsparcia. | | | |
| * fizjoterapia na koniu |  | | |
| * terapia kontaktem z koniem |  | | |
| * psychopedagogiczna jazda konna i woltyżerka |  | | |
| * jazdy konne rekreacyjne dla osób niepełnosprawnych |  | | |
| * sport dla osób niepełnosprawnych | |  |  | | --- | --- | | ruch Olimpiad Specjalnych |  | | ruch paraolimpijski |  | | | |
| * inne |  | Jakie?   |  | | --- | |  | | |
| Stosowany w ośrodku system pracy - przydziel punktację od 1 do max. 3, gdzie “1 oznacza największą liczbę godzin wsparcia; wpisz “0” - jeśli nie prowadzisz takiej formy wsparcia. | | | |
| * system turnusowy | |  |  | | --- | --- | | turnusy stacjonarne |  | | turnusy wyjazdowe |  | | | |
| * system opieki stałej (terapia długookresowa) |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMA DOFINANSOWANIA DO ZAJĘĆ WSPARCIA Z UDZIAŁEM KONI** | |
| * brak dofinansowania |  |
| * całościowe (projekt) |  |
| * częściowe |  |
| * inne, jakie |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **DOKUMENTACJA** | | |
| dokument skierowania lub pisemna zgoda od lekarza na zajęcia hipoterapii | * TAK | * NIE |
| * co jaki czas jest odnawiana |  | |
| kwestionariusz osobowy pacjenta | * TAK | * NIE |
| umowa korzystania z usług ośrodka | * TAK | * NIE |
| ocena przebiegu i rezultatów hipoterapii | * TAK | * NIE |
| * co jaki czas jest dokonywana? |  | |
| ubezpieczenie OC kadry | * TAK | * NIE |
| ubezpieczenie NNW kadry | * TAK | * NIE |
| ubezpieczenie NNW wolontariuszy | * TAK | * NIE |
| ubezpieczenie NNW uczestników zajęć | * TAK | * NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **SZKOLENIA KADRY OŚRODKA W 2023 ROKU** | |
| UDZIAŁ PRACOWNIKÓW W SZKOLENIACH **ORGANIZOWANYCH PRZEZ PTHIP W 2023 ROKU** (warsztaty, webinary, konferencje itp.) | |
| imię i nazwisko | tytuł szkolenia |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| UDZIAŁ PRACOWNIKÓW W SZKOLENIACH PODNOSZĄCYCH KWALIFIKACJE ZAWODOWE UKIERUNKOWANE NA PRACĘ Z PACJENTEM LUB Z KONIEM **W 2023 ROKU** | | |
| imię i nazwisko  hipoterapeuty | tytuł szkolenia | organizator |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **WARUNKI TERENOWE, LOKALOWE I SPRZĘTOWE** | | |
| biuro | ogrodzona ujeżdżalnia | sala rehabilitacyjna |
| szatnia | zadaszona ujeżdżalnia | pokój terapeutyczny |
| toaleta | kryta ujeżdżalnia (hala) | świetlica |
| prysznic | ścieżki terenowe | baza noclegowa |
| toaleta przystosowana dla osób niepełnosprawnych | sala wykładowa | inne, jakie:   |  | | --- | |  | |
| Specjalistyczny sprzęt hipoterapeutyczny i jeździecki stosowany w ośrodku | | |
| rampa (podest) do wsiadania ze schodami | pas hipoterapeutyczny | siodło ogólnoużytkowe |
| rampa (podest) do wsiadania z podjazdem | pas woltyżerski | siodło ujeżdżeniowe |
| rampa (podest) do wsiadania z windą | wodze pętelkowe | strzemiona bezpiecznikowe |
| schodki do podstawienia | wodze drabinkowe | strzemiona zamknięte z przodu |
| wyciąg przenoszący jeźdźca z wózka na konia | gapa | inne, jakie:   |  | | --- | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **INSTYTUCJE I ORGANIZACJE, Z KTÓRYMI WSPÓŁPRACOWAŁ OŚRODEK W RAMACH REALIZACJI WSPARCIA Z UDZIAŁEM KONI W 2023 ROKU** | |
| **Współpracownicy - placówki i instytucje**  (m.in. szpitale, przychodnie, szkoły, przedszkola, Domy Pomocy  Społecznej, warsztaty terapii zajęciowej, ośrodki szkolno-  wychowawcze, fundacje i stowarzyszenia, jednostki samorządu terytorialnego) | **Zakres współpracy** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 1. **WAŻNIEJSZE WYDARZENIA Z ŻYCIA OŚRODKA I SZCZEGÓLNE OSIĄGNIĘCIA W ROKU 2023** (projekty, imprezy integracyjne, udział w zawodach, i inne) | |
|  | |
| 1. **UWAGI DODATKOWE** | |
|  | |
| 1. **INFORMACJE DLA PTHIP - zaznaczyć, jeśli dotyczy** | |
| Tak, ośrodek jest zainteresowany otrzymaniem od PTHip grafiki “Ośrodek Patronacki Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego” do umieszczania logo w mediach ośrodka. | |
| Tak, ośrodek jest zainteresowany otrzymaniem od PTHip tabliczki “Ośrodek Patronacki Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego” do zamieszczania na terenie ośrodka. | |
| Tak, wyrażam chęć prezentacji ośrodka na łamach mediów, którymi dysponuje PTHip (strona www, Facebook)?  Wiązałoby się to z koniecznością przesłania na adres pthip.biuro@gmail.com zwięzłego opisu profilu ośrodka wraz z zdjęciami lub materiałem filmowym oraz zgody na udostępnienie. | |
| Tak, ośrodek jest zainteresowany współpracą z PTHip w zakresie organizacji szkoleń i warsztatów. Ośrodek dysponuje infrastrukturą, która to umożliwia. | |
| Tak, wyrażam chęć otrzymywania newslettera PTHip na poniższy adres: | |

**Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych w celu weryfikacji spełniania wymogów niezbędnych do otrzymania przez ośrodek hipoterapeutyczny patronatu Polskiego Towarzystwa Hipoterapeutycznego.**

Administratorem danych jest Polskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne. Z administratorem można się kontaktować pisemnie na adres: Polskie Towarzystwo Hipoterapeutyczne ul. Wyżynna 4W/1 30-617 Kraków lub poprzez email: pthip.biuro@gmail.com. Masz prawo dostępu do treści podanych danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzoru na zasadach wskazanych w RODO.

|  |  |
| --- | --- |
| data |  |
| sprawozdanie sporządził/a |  |