**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 nazwiskohipoterapeuty | 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 nazwiskohipoterapeuty | 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 PomocySpołecznej, 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 |  |