

Jméno a příjmení školence:

## K čemu slouží záznam provedených výkonů - logbook?

Předkládaný Záznam provedených výkonů ve specializačním vzdělávání neboli logbook je součástí vzdělávacího programu a slouží k evidenci průběhu odborné praxe školence, včetně evidence všech stanovených výkonů, které má školenc v průběhu celého specializačního vzdělávání v oboru vykonat na akreditovaném pracovišti pod odborným dohledem školitele se specializovanou způsobilostí.

Evidence prováděných činností slouží školenci k monitorování postupu ve specializačním vzdělávání a školiteli k hodnocení úrovně znalostí a dovedností a osvojovaných klinických kompetencí školence.

Stanovené počty výkonů jsou nepodkročitelné, o jejich provedení školencem musí být evidence v dokumentaci zdravotnického zařízení. Uchazeč o atestační zkoušku musí být schopen doložit, že stanovené výkony skutečně na uvedeném pracovišti provedl. Školitel s příslušnou specializovanou způsobilostí průběžně hodnotí činnost školence a potvrzuje, že stanovené výkony byly v dostatečné kvalitě a počtu provedeny na jím vedeném pracovišti.

Specializační vzdělávání v oboru soudní toxikologie probíhá v souladu s vyhláškou č. 424/2004 Sb. a zákonem 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů ve dvou na sebe navazujících fázích: základním kmeni a vlastním specializovaném výcviku. Celková délka specializačního vzdělávání je minimálně 36 měsíců.

V první části logbooku jsou evidovány výkony v průběhu základní části pro klinickou logopedii (18 měsíců) a ve druhé části jsou zaznamenávány výkony, činnosti, které školenc prováděl v průběhu vlastního specializovaného výcviku (18 měsíců).

Jméno a příjmení školence:

VZOR | P | VZ



# I. ČÁST

## ZÁKLADNÍ ČÁST

PRO KLINICKOU  
LOGOPEDII

## ZÁKLADNÍ KMEN OBORU KLINICKÁ LOGOPEDE

Povinná praxe v základním kmeni oboru Klinická logopedie – 18 měsíců	od	do	počet měsíců	místo absolvování (akreditované zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele podpis, jmenovka, razítko pracoviště
<b>povinná praxe</b>						
18 měsíců	povinná praxe pod odborným vedením klinického logopeda probíhá při výkonu povolání (plný pracovní úvazek)  z toho: <b>min. 1 týden (40 hodin)</b> – na akreditovaném ambulantním logopedickém pracovišti, které poskytuje své služby dětským i dospělým pacientům s poruchami komunikace  <b>min. 2 týdny (80 hodin)</b> 20 kreditů – na akreditovaném logopedickém pracovišti lůžkového oddělení (nebo v léčebně), které poskytuje své služby dětským i dospělým pacientům souvisejících lékařských oborů					

Povinná praxe v základním kmeni trvá celkem 18 měsíců při výkonu povolání (praxe při plném pracovním úvazku) na logopedickém pracovišti zdravotnického zařízení. Typ praxe je volitelný dle pracovního zařazení, možností pracoviště a zaměření účastníka vzdělávání.

Praxe probíhá na zdravotnických pracovištích pod odborným vedením klinického logopeda (se specializovanou způsobilostí a nejméně 5 lety praxe v oboru). Praxe, včetně činností na všech pracovištích, je zaznamenávána a potvrzována v logbooku.

## POVINNÁ ÚČAST NA VZDĚLÁVACÍCH AKTIVITÁCH V ZÁKLADNÍM KMENI OBORU KLINICKÁ LOGOPEDIE

Kurzy, semináře	Počet dní	Počet kreditů	Datum a místo konání
Povinný kurz Neodkladná první pomoc	2	4	
Povinný seminář Základy zdravotnické legislativy	1	2	
Specializační kurz v klinické logopedii je v základním kmeni specializačního vzdělávání úvodem do ostatních lékařských oborů (zejm. foniatrie, neurologie, ORL, geriatrie, rehab. lékařství aj.), a souvisejících nelékařských oborů (zejm. klinické psychologie). <b>Cílem</b> specializačního kurzu je získání základních teoretických znalostí z oblasti medicíny (odborná terminologie, anatomie, fyziologie a patofyziologie v oblasti ORL a neurologie). Kurz zahrnuje i specifika práce v rezortu zdravotnictví.	5	10	
Povinné jednodenní teoretické semináře během specializačního vzdělávání pořádané akreditovaným zařízením <b>1x v každém semestru.</b>	1	2	
Povinná účast na základních kurzech, konaných na akreditovaných pracovištích za spoluúčasti profesní organizace AKL ČR (s minimálním počtem účastnických míst 20), pod vedením akreditovaného školitele (se zajištěnou zastupitelností dalším akreditovaným odborníkem).	min. 6x2 dny za rok (á 14 hodin) – celkem 84 hodin	20	

Absolvování kurzu Neodkladná první pomoc a semináře Základy zdravotnické legislativy není podmínkou pro ukončení základního kmene. Kurz lze absolvovat i během specializovaného výcviku.

Podmínkou pro ukončení základního kmene je splnění všech požadavků stanovených vzdělávacím programem, zakončeného ověřením znalostí (pohovorem se školitelem a testem na akreditovaném pracovišti).

## POŽADOVANÉ VÝKONY BĚHEM ZÁKLADNÍHO KMENE KLINICKÉ LOGOPEDIE

<b>Požadované výkony během základního kmene specializačního vzdělávání</b>
Komplexní vyšetření dítěte s poruchou komunikace (všechny věkové stupně), základní hodnocení celkového vývoje dítěte (řeč, celkové komunikační schopnosti, motorika, vizuální i akustické percepce, úroveň grafomotoriky).
Komplexní vyšetření dospělého s poruchou komunikace.
Komplexní vyšetření v rámci diferenciální diagnostiky bez věkového omezení (kognitivní funkce, úroveň komunikačních schopností).
Cílené vyšetření u dětí a dospělých (dle vlastního výběru).
Vyšetření sluchové percepce standardizovaným testem, interpretace a dokumentace výsledků.
Vyšetření hrubé a jemné motoriky s důrazem na motoriku mluvidel speciálními testy, interpretace a dokumentace výsledků.
Vyšetření laterality standardizovaným testem (viz literatura), interpretace a dokumentace výsledků.
Vyšetření porozumění řeči (standardními i specifickými testy dle jejich dostupnosti na pracovišti – viz literatura).
Vyšetření vlastní produkce řeči – hodnocení úrovně rozvoje řeči podle jazykových rovin (nebo jinou strukturovanou klasifikaci), podrobné vyšetření artikulace a jeho dokumentace, vyšetření a vyhodnocení stupně poruchy plynulosti řeči (balbutiogram).

**Datum:**

**Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:**

Do ukončení základního kmene specializační přípravy by měl uchazeč provést nejméně polovinu požadovaného počtu výkonů uvedených v logbooku.

Absolvování základního kmene specializační přípravy je ukončeno hodnocením školitele a ověřením znalostí (testem).

**POŽADOVANÉ VÝKONY A JEJICH POČET BĚHEM CELÉHO SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ OBORU  
KLINICKÁ LOGOPEDIE**

Požadované výkony během celého specializačního vzdělávání	Počet
Komplexní vyšetření dítěte s poruchou komunikace (všechny věkové stupně)	40
Komplexní vyšetření dospělého s poruchou komunikace.	10
Komplexní vyšetření v rámci diferenciální diagnostiky bez věkového omezení	20
Cílené vyšetření u dětí a dospělých (dle vlastního výběru).	10
Vyšetření sluchové percepce standardizovaným testem	20
Vyšetření hrubé a jemné motoriky	20
Vyšetření laterality standardizovaným testem	20
Vyšetření porozumění řeči standardními a specifickými testy	20
Vyšetření vlastní produkce řeči	20
Vyšetření fatických funkcí pomocí dostupných testů	20
Vyšetření demence dostupnými testy	5
Zvukový záznam a jeho fonetický přepis	5

**POŽADOVANÉ VÝKONY A JEJICH POČET BĚHEM ZÁKLADNÍHO KMENE OBORU KLINICKÁ LOGOPEDIE**

Požadované výkony během celého specializačního vzdělávání	Počet
Základy práce s audiovizuální technikou – videozáznam	5
Prezentace (Power Point) – aktivní účast na semináři – prezentace	1
Použití softwarového vybavení pracoviště v terapii	5

VZOR IPV



**POŽADOVANÉ VÝKONY A JEJICH POČET BĚHEM ZÁKLADNÍHO KMENE KLINICKÉ LOGOPEDIE**

Požadované výkony během základního kmene specializačního vzdělávání	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Komplexní vyšetření dítěte s poruchou komunikace (všechny věkové stupně)	40	
Komplexní vyšetření dospělého s poruchou komunikace.	10	
Komplexní vyšetření v rámci diferenciatní diagnostiky bez věkového omezení	20	
Cílené vyšetření u dětí a dospělých (dle vlastního výběru).	10	
Vyšetření sluchové percepce standardizovaným testem	20	
Vyšetření hrubé a jemné motoriky	20	
Vyšetření laterality standardizovaným testem	20	
Vyšetření porozumění řeči standardními a specifickými testy	20	
Vyšetření vlastní produkce řeči	20	

**Datum:**

**Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:**

Seznam požadovaných výkonů, předložený ke zkoušce v oboru Klinická logopedie musí obsahovat evidenční číslo a datum provedeného výkonu.

Z dokumentace musí být jasné, že výkon provedl logoped ve specializačním vzdělávání, který tyto údaje předkládá.

Seznamy musí být ověřeny a podepsány vedoucím pracoviště, na kterém byly výkony provedeny.

VZOR IPV

**CELKOVÉ HODNOCENÍ ŠKOLENCE ŠKOLITELEM NA KONCI ZÁKLADNÍHO KMENE OBORU KLINICKÁ LOGOPEDIE**

Hodnocení	neuspokojivé	uspokojivé	dobré	velmi dobré	výborné
Praktické dovednosti					
Teoretické znalosti					
Komunikační dovednosti					
Organizační dovednosti					
Odborné a vědecké aktivity					
Plnění úkolů					

**Datum:**

**Prohlášení školitele:**

Prohlašuji, že pan/í \_\_\_\_\_ splňuje všechny stanovené podmínky vzdělávacího programu.

**Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:**

**ZÁZNAM POŽADOVANÝCH VÝKONŮ — ZÁKLADNÍ KMEN KLINICKÁ LOGOPEDIE**

*Typ provedeného výkonu:* **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE S PORUCHOU KOMUNIKACE (VŠECHNY VĚKOVÉ STUPNĚ)**

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

13

*Typ provedeného výkonu:* **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE S PORUCHOU KOMUNIKACE (VŠECHNY VĚKOVÉ STUPNĚ)**

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

*Typ provedeného výkonu:* **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE S PORUCHOU KOMUNIKACE (VŠECHNY VĚKOVÉ STUPNĚ)**

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

15

*Typ provedeného výkonu:* **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DOSPĚLÉHO S PORUCHOU KOMUNIKACE**

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

16

*Typ provedeného výkonu:* KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ V RÁMCI DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKY BEZ VĚKOVÉHO OMEZENÍ

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:



*Typ provedeného výkonu:* **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ V RÁMCI DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKY BEZ VĚKOVÉHO OMEZENÍ**

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

18

*Typ provedeného výkonu:* CÍLENÉ VYŠETŘENÍ U DĚTÍ A DOSPĚLÝCH (DLE VLASTNÍHO VÝBĚRU)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

*Typ provedeného výkonu:* VYŠETŘENÍ SLUCHOVÉ PERCEPCE STANDARDIZOVANÝM TESTEM

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

*Typ provedeného výkonu:* VYŠETŘENÍ SLUCHOVÉ PERCEPCE STANDARDIZOVANÝM TESTEM

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

21

*Typ provedeného výkonu:* VYŠETŘENÍ HRUBÉ A JEMNÉ MOTORIKY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

22

*Typ provedeného výkonu:* VYŠETŘENÍ HRUBÉ A JEMNÉ MOTORIKY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

*Typ provedeného výkonu:* VYŠETŘENÍ LATERALITY STANDARDIZOVANÝM TESTEM

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

*Typ provedeného výkonu:* VYŠETŘENÍ LATERALITY STANDARDIZOVANÝM TESTEM

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:



Jméno a příjmení školence:

25

*Typ provedeného výkonu:* VYŠETŘENÍ POROZUMĚNÍ ŘEČI STANDARDNÍMI A SPECIFICKÝMI TESTY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

*Typ provedeného výkonu:* VYŠETŘENÍ POROZUMĚNÍ ŘEČI STANDARDNÍMI A SPECIFICKÝMI TESTY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

27

Typ provedeného výkonu: VYŠETŘENÍ VLASTNÍ PRODUKCE ŘEČI

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

*Typ provedeného výkonu:* VYŠETŘENÍ VLASTNÍ PRODUKCE ŘEČI

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno školence:

# II. ČÁST

## VLASTNÍ SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK

VZOR / P/VZ

**VLASTNÍ SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK V OBORU KLINICKÁ LOGOPEDIE**

Vlastní specializovaný výcvik v oboru – minimálně 18 měsíců						
Povinná praxe	od	do	počet měsíců	místo absolvování (akreditované zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele, podpis a jmenovka, razítko pracoviště
<p>18 měsíců</p> <p>Povinná praxe probíhá při výkonu povolání pod odborným vedením klinického logopeda se specializovanou způsobilostí a s nejméně pětiletou praxí</p> <p>z toho: <b>min. 1 týden</b> (40 hodin) 10 kreditů – odborná stáž na akreditovaném specializovaném ambulantním nebo lůžkovém pracovišti</p> <p><b>min. 2 týdny</b> (80 hodin) 20 kreditů – specializační stáž na akreditovaném specializovaném pracovišti (ambulance i lůžkové odd.)</p>						

**VLASTNÍ SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK V OBORU KLINICKÁ LOGOPEDIE**

Vlastní specializovaný výcvik v oboru – minimálně 18 měsíců							
Doporučená doplňková praxe		od	do	počet měsíců	místo absolvování (akreditované zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele, podpis a jmenovka, razítko pracoviště
min. 1 týden 10 kreditů	Praxe dle vlastní volby na pracovištích klinické logopedie s <i>odlišným odborným zaměřením</i> než je zaměření vlastního pracoviště, která vhodně doplní praxi a stáže na klinických pracovištích podle zadání logbooku						



**POVINNÁ ÚČAST NA VZDĚLÁVACÍCH AKTIVITÁCH PŘI SPECIALIZOVANÉM VÝCVIKU OBORU KLINICKÁ LOGOPEDIE**

Kurzy, semináře	Počet dní	Počet kreditů	Datum a místo konání
<p>Specializační kurz ve specializovaném výcviku je pokračováním teoretické přípravy, kterou logoped v době specializační přípravy musí absolvovat.</p> <p>Cílem specializačního kurzu je:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ inovace a rozšiřování základních teoretických znalostí z oblasti vrozených i získaných vad a poruch komunikace v oboru Klinická logopedie a souvisejících lékařských a nelékařských oborech,</li> <li>▪ aplikace teoretických postupů do klinické praxe</li> </ul>	5	10	
<p>Povinné jednodenní teoretické semináře během specializačního vzdělávání pořádané akreditovaným zařízením 1 x v každém semestru.</p>	1	2	
<p>Povinná účast na</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vybraných inovačních kurzech, konaných na akreditovaných pracovištích za spoluúčasti profesní organizace AKL ČR (s minimálním počtem účastnických míst 20), pod vedením akreditovaného školitele (se zajištěnou zastupitelností dalším akreditovaným odborníkem)</li> <li>▪ další výběrové odborné akce, pořádané IPVZ, AKL ČR, ČSL JEP, a jiných odborných společností</li> </ul>	min. 6x2 dny za rok (à 14 hodin) – celkem 84 hodin rok	20	
<p>Certifikované kurzy v dílčích oblastech klinické logopedie</p>	dle vyhlášky	dle vyhlášky	

## POŽADOVANÉ VÝKONY BĚHEM SPECIALIZOVANÉHO VÝCVIKU OBORU KLINICKÁ LOGOPEDIE

<b>Požadované výkony během specializovaného výcviku specializačního vzdělávání</b>
Vyšetření fatických funkcí a vyhodnocení pomocí baterie příslušných dostupných testů (viz literatura), interpretace a dokumentace výsledků.
Vyšetření demence dostupnými testy, jejich vyhodnocení, interpretace výsledků a jejich dokumentace.
Zvukový záznam a jeho fonetický přepis.
Základy práce s audiovizuální technikou – videozáznam.
Prezentace (PowerPoint) – aktivní účast na semináři (základy práce s počítačovou technikou).
Použití softwarového vybavení pracoviště v terapii (praktické využití v edukaci, reedukaci a rehabilitaci poruch komunikace u dětí i dospělých).

**Datum:**

**Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:**

**POŽADOVANÉ VÝKONY A JEJICH POČET BĚHEM SPECIALIZAČNÍHO VÝCVIKU OBORU KLINICKÁ LOGOPEDIE**

Výkon	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Vyšetření fatických funkcí pomocí dostupných testů	20	
Vyšetření demence dostupnými testy	5	
Zvukový záznam a jeho fonetický přepis	5	
Základy práce s audiovizuální technikou – videozáznam	5	
Prezentace (PowerPoint) – aktivní účast na semináři	1 prezentace	
Použití softwarového vybavení pracoviště v terapii	5	

**Datum:****Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:**

Seznam požadovaných výkonů, předložený ke zkoušce v oboru Klinická logopedie, musí obsahovat evidenční číslo a datum provedeného výkonu.

Z dokumentace musí být jasné, že výkon provedl logoped ve specializačním vzdělávání, který tyto údaje předkládá.

Seznamy musí být ověřeny a podepsány vedoucím pracoviště, na kterém byly výkony provedeny.

**CELKOVÉ HODNOCENÍ ŠKOLENCE ŠKOLITELEM NA KONCI SPECIALIZOVANÉHO VÝCVIKU**

Hodnocení	neuspokojivé	uspokojivé	dobré	velmi dobré	výborné
Praktické dovednosti					
Teoretické znalosti					
Komunikační dovednosti					
Organizační dovednosti					
Odborné a vědecké aktivity					
Plnění úkolů					

**Datum:**

**Prohlášení školitele:**

Prohlašuji, že pan/í \_\_\_\_\_ splňuje všechny stanovené podmínky vzdělávacího programu.

**Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:**

**ZÁZNAM POŽADOVANÝCH VÝKONŮ — SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK**

*Typ provedeného výkonu:* VYŠETŘENÍ FATICKÝCH FUNKCÍ POMOCÍ DOSTUPNÝCH TESTŮ

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

*Typ provedeného výkonu:* VYŠETŘENÍ FATICKÝCH FUNKCÍ POMOCÍ DOSTUPNÝCH TESTŮ

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

39

*Typ provedeného výkonu:* VYŠETŘENÍ DEMENCE DOSTUPNÝMI TESTY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

40

*Typ provedeného výkonu:* ZVUKOVÝ ZÁZNAM A JEHO FONETICKÝ PŘEPIS

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:



*Typ provedeného výkonu:* ZÁKLADY PRÁCE S AUDIOVIZUÁLNÍ TECHNIKOU — VIDEOZÁZNAM

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

*Typ provedeného výkonu:* PREZENTACE (POWERPOINT) — AKTIVNÍ ÚČAST NA SEMINÁŘI

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

42

*Typ provedeného výkonu:* POUŽITÍ SOFTWAREVÉHO VYBAVENÍ PRACOVISŤE V TERAPII

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:









Jméno a příjmení školence:

47

**POZNÁMKY**

VZOR | P | VZ