POTVRZENÍ ODBORNÉ PRAXE

Jméno a příjmení:

Název zařízení:

Jméno a příjmení garanta odborné praxe (klinický psycholog):

Datum realizace odborné praxe (40 hodin):

Charakter vykonávané činnosti:

Záznam odborné praxe:

Seznam výkonů	**Minimální počet**	**Splněno dne**
Přijetí pacienta do péče poskytovatele zdravotní péče	1	
Zapsání pacienta do informačního systému	1	
Odebrání anamnézy	1	
Seznámení s organizací klinického pracoviště, dokumentace, práce psychologa ve zdravotnictví/klinického psychologa	1	
Účast při klinickopsychologickém vyšetření pacienta klinickým psychologem – školitelem	1	
Konzultace klinickopsychologických nálezů se školitelem	1	

Aktivita frekventanta - reflexe praxe:

Datum a podpis frekventanta AKK kurzu Psycholog ve zdravotnictví:

Datum a podpis garanta odborné praxe (klinického psychologa):

Razítko zařízení: