

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: VYŠETŘENÍ INTELIGENCE A OSOBNOSTI, včetně diagnostického rozhovoru, testů osobnosti, paměti a pozornosti apod; interpretace výsledků v rámci diferenciální diagnostiky (vyšetření intelektu musí být provedeno aktuální verzí komplexních inteligenčních souborů, vyšetření osobnosti musí zahrnovat ROR, TAT nebo aktuální verzi komplexního testu osobnosti).

Pacient	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Jméno a podpis školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: VYŠETŘENÍ INTELIGENCE A OSOBNOSTI, včetně diagnostického rozhovoru, testů osobnosti, paměti a pozornosti apod; interpretace výsledků v rámci diferenciální diagnostiky (vyšetření intelektu musí být provedeno aktuální verzí komplexních inteligenčních souborů, vyšetření osobnosti musí zahrnovat ROR, TAT nebo aktuální verzi komplexního testu osobnosti).

Pacient	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Jméno a podpis školitele
14.					
15.					
16.					
17.					

Pro plnění těchto výkonů není nutné formální ukončení základního kmene.

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:



Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: KLINICKÉ ČI VÝZKUMNÉ POSOUZENÍ PACIENTA (bez věkového omezení) posuzovacími stupnicemi; interpretace výsledků v rámci diferenciální diagnostiky.

Pacient	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Jméno a podpis školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Pro plnění těchto výkonů není nutné formální ukončení základního kmene.

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:



Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE od narození do 42 měsíců věku nebo dítěte s aktuální vývojovou úrovní 0-42 měsíců. Obsaženo musí být posouzení vývojové úrovně s využitím globální vývojové škály (Gesell, Bayleyová).

Pacient	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Jméno a podpis školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Pro plnění těchto výkonů není nutné formální ukončení základního kmene.

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:



Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE** od 3 do 6 let věku, obsaženo vyšetření inteligence s využitím globálního inteligenčního souboru pro předškolní věk (SB-IV, IDS, IDS-P, SON-R aj.); hodnocení rodinných vztahů na základě přímého pozorování interakce a/nebo alespoň 2 klinických metod (kresebné metody, Scénotest, projektivní rozhovor, CAT, CATO nebo jiné apercepční techniky, event. Bene-Anthony); hodnocení osobnostních a temperamentových charakteristik dítěte.

Pacient	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Jméno a podpis školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Pro plnění těchto výkonů není nutné formální ukončení základního kmene.

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU (7–15 LET)** obsahující hodnocení schopností (využití globální individuální intelektové baterie a testů, eventuálně zkoušek sociálních schopností), osobnosti a rodinných vztahů (včetně diagnostického rozhovoru/hry s dítětem a rozhovoru s rodiči), k diagnostice osobnosti musí být použit ROR nebo varianta TAT a projektivní rozhovor.

Pacient	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Jméno a podpis školitele
1. 0					
2.					
3.					
4.					
5.					

Pro plnění těchto výkonů není nutné formální ukončení základního kmene.

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:



Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DOSPÍVAJÍCÍCH (13–18 LET)** obsahující komplexní vyšetření kognitivních schopností (s využitím některé aktuální verze komplexních inteligenčních souborů a testů speciálních schopností) a osobnosti (včetně diagnostického rozhovoru, projektivních metod a alespoň jedné metody dotazníkové).

Pacient	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Jméno a podpis školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Pro plnění těchto výkonů není nutné formální ukončení základního kmene.

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ** (kognitivní funkce, osobnost, rodinné vztahy atd.) v rámci diferenciální diagnostiky (bez věkového omezení).

Pacient	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Jméno a podpis školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Pro plnění těchto výkonů není nutné formální ukončení základního kmene.

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ** (kognitivní funkce, osobnost, rodinné vztahy atd.) v rámci diferenciální diagnostiky (bez věkového omezení).

Pacient	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Jméno a podpis školitele
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					

Pro plnění těchto výkonů není nutné formální ukončení základního kmene.

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:



Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: **PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE INDIVIDUÁLNÍ** event, krizová intervence nebo klinické poradenství (bez věkového omezení) nejméně v rozsahu 5 hodin v rozmezí minimálně 3 měsíců.

Pacient	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Jméno a podpis školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Pro plnění těchto výkonů není nutné formální ukončení základního kmene.

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: **PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE INDIVIDUÁLNÍ** event, krizová intervence nebo klinické poradenství (bez věkového omezení) nejméně v rozsahu 5 hodin v rozmezí minimálně 3 měsíců.

Pacient	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Jméno a podpis školitele
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					

Pro plnění těchto výkonů není nutné formální ukončení základního kmene.

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:



Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: **AKTIVNÍ ÚČAST** minimálně na 15 skupinových a/nebo komunitních sezeních vedených kvalifikovaným psychoterapeutem.

Psychoterapeutické výkony z této kategorie lze vykazovat též, jsou-li součástí stáže v rámci systematického psychoterapeutického výcviku. Musí jít ovšem o patientskou skupinu pod vedením kvalifikovaného psychoterapeuta.

Počet sezení	Datum sezení	Název, adresa zdravotnického zařízení, kde se sezení konalo	Jméno a podpis školitele
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Pro plnění těchto výkonů není nutné formální ukončení základního kmene.

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: AKTIVNÍ ÚČAST NA SKUPINOVÝCH A/NEBO KOMUNITNÍCH SEZENÍCH vedených kvalifikovaným psychoterapeutem.

Psychoterapeutické výkony z této kategorie lze vykazovat též, jsou-li součástí stáže v rámci systematického psychoterapeutického výcviku. Musí jít ovšem o patientskou skupinu pod vedením kvalifikovaného psychoterapeuta.

Počet sezení	Datum sezení	Název, adresa zdravotnického zařízení, kde se sezení konalo	Jméno a podpis školitele
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

Pro plnění těchto výkonů není nutné formální ukončení základního kmene.

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:



Jméno a příjmení školence:

Seznam absolvovaných jednodenních teoretických specializačních seminářů:

Pořadové číslo	Datum

Pořadové číslo	Datum

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

OSTATNÍ POVINOSTI

Kurzy, semináře	Počet dní/hodin	Potvrzení o absolvování	Jméno a podpis školitele
Absolvování psychoterapeutického minima. Podmínkou splnění psychoterapeutického minima je: a) absolvování akreditovaného certifikovaného kurzu Psychoterapeutické minimum v rozsahu 140 hodin, z toho 80 hodin sebezkušenosti a nácviku základních psychoterapeutických dovedností a 60 hodin supervize, nebo b) absolvování 200 hodin zahájeného komplexního akreditovaného psychoterapeutického vzdělávání.			
Povinný kurz Neodkladná první pomoc.	2/12 hod		
Povinný seminář Základy zdravotnické legislativy.	1/4 hod		

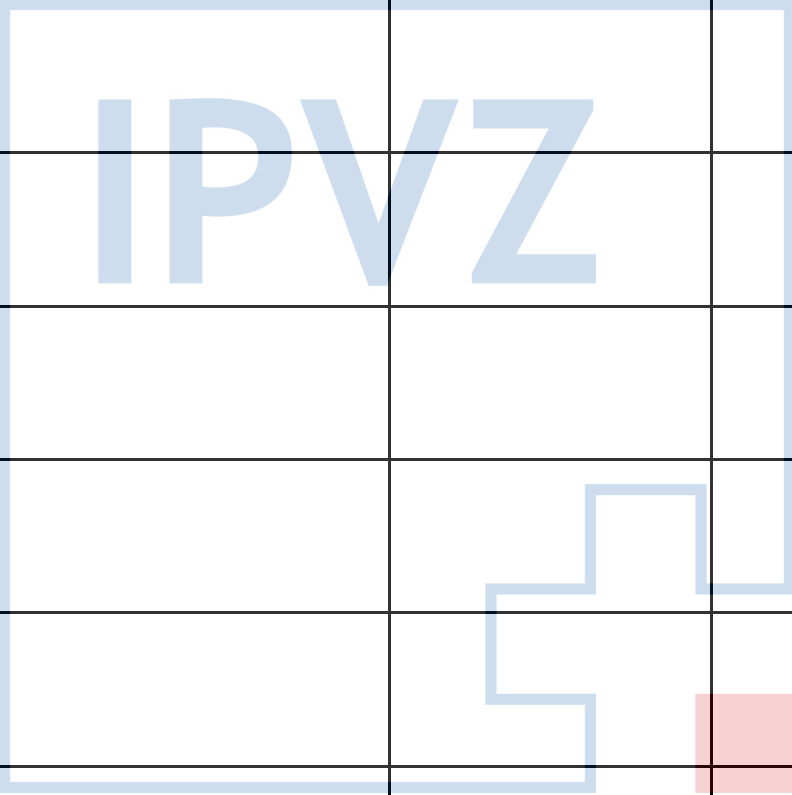
Jméno a příjmení školence:

	Datum prezentace	Jméno a podpis školitele
Prezentace vlastní kazuistické práce		
Prezentace vlastní kazuistické práce		

Psychoterapeutické minimum, povinný kurz Neodkladná první pomoc a povinný seminář Základy zdravotnické legislativy nejsou vázány na základní kmen, ani na vlastní specializovaný výcvik, je možné je absolvovat kdykoliv během specializačního vzdělávání.

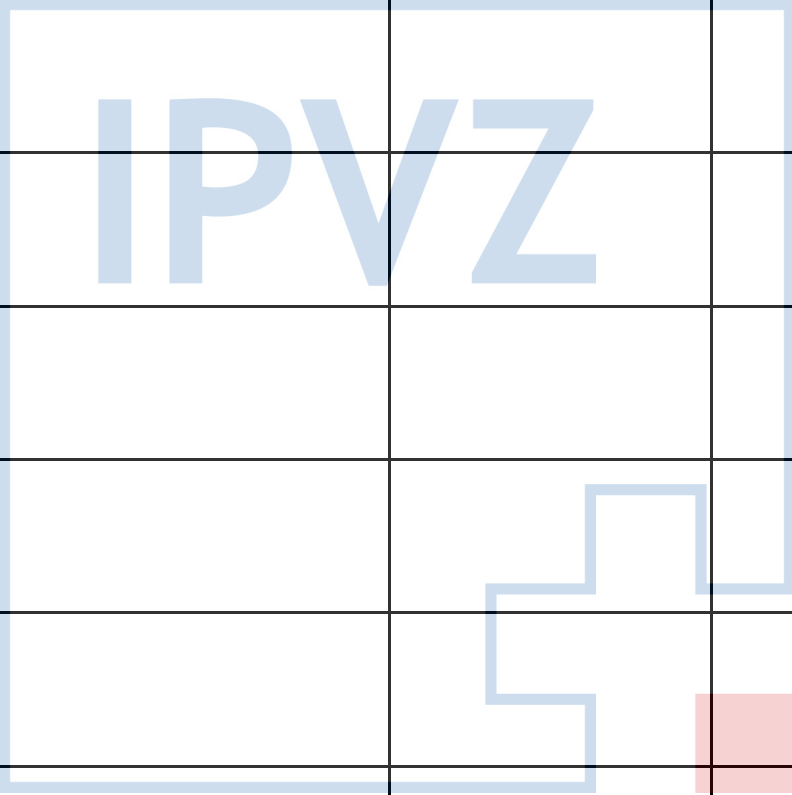
Jméno a příjmení školence:

PRAVIDELNÉ HODNOCENÍ A VYJÁDŘENÍ ŠKOLITELE

Hodnocení/vyjádření školitele	datum	Potvrzení školitele (jmenovka a podpis)
		

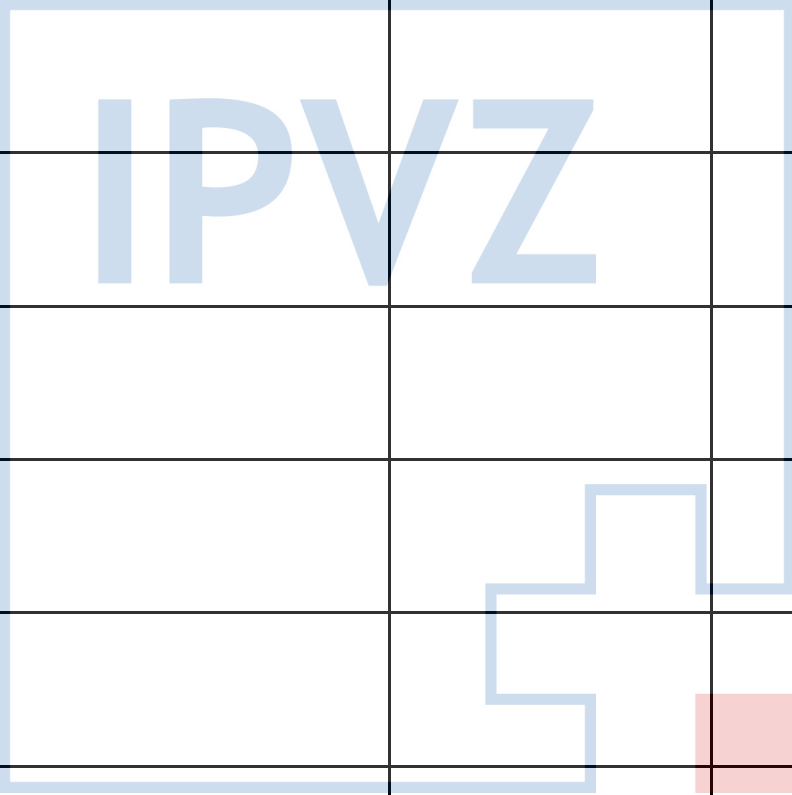
Jméno a příjmení školence:

PRAVIDELNÉ HODNOCENÍ A VYJÁDŘENÍ ŠKOLITELE

Hodnocení/vyjádření školitele	datum	Potvrzení školitele (jmenovka a podpis)
		

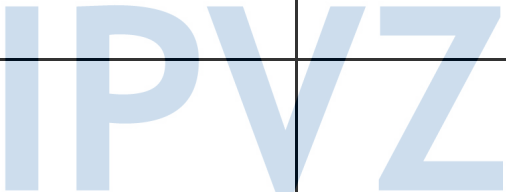
Jméno a příjmení školence:

PRAVIDELNÉ HODNOCENÍ A VYJÁDŘENÍ ŠKOLITELE

Hodnocení/vyjádření školitele	datum	Potvrzení školitele (jmenovka a podpis)
		

Jméno a příjmení školence:

PRAVIDELNÉ HODNOCENÍ A VYJÁDŘENÍ ŠKOLITELE

Hodnocení/vyjádření školitele	datum	Potvrzení školitele (jmenovka a podpis)
		

Jméno a příjmení školence:

CHRONOLOGICKÝ SEZNAM ŠKOLITELŮ

Jméno a příjmení školitele	Období od - do	Potvrzení školitele (jmenovka a podpis)
IPVZ		

Jméno a příjmení školence:

Potvrzení školitele o splnění všech povinností stanovených vzdělávacím programem:

Vyjádření školitele	Datum	Jméno a podpis školitele
<p style="text-align: center; font-size: 2em; color: lightblue; opacity: 0.5;">IPVZ</p>		

