

EDUKAČNÍ Záznam č.	Klikněte sem a zadejte text.				
Iniciály dítěte/matky/zákonného zástupce:	XY	rok narození:	Klikněte sem a zadejte text.	primární sestra:	Klikněte sem a zadejte text.

Datum	Téma edukace	Komunikační bariéry	Metoda edukace	Zhodnocení edukace (reakce klienta)
Datum edukace: Klikněte sem a zadejte datum.	Klikněte sem a zadejte text.	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> porucha řeči <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> mluvené slovo <input type="checkbox"/> tištěné slovo <input type="checkbox"/> názorné pomůcky <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> jiná	Klikněte sem a zadejte text. podpis edukátora:
Datum edukace: Klikněte sem a zadejte datum.	Klikněte sem a zadejte text.	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> porucha řeči <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> mluvené slovo <input type="checkbox"/> tištěné slovo <input type="checkbox"/> názorné pomůcky <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> jiná	Klikněte sem a zadejte text. podpis edukátora:
Datum edukace: Klikněte sem a zadejte datum.	Klikněte sem a zadejte text.	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> porucha řeči <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> mluvené slovo <input type="checkbox"/> tištěné slovo <input type="checkbox"/> názorné pomůcky <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> jiná	Klikněte sem a zadejte text. podpis edukátora: