

ZÁZNAM O PROVEDENÉ CANISTERAPII

Dne:..... oddělení.....

jméno klienta	číslo pokoje	zdravotní omezení klienta	skutečná délka návštěvy	vyjádření/ doporučení canisterapeuta nebo sociálního pracovníka (vhodnost terapie, spokojenost klienta)	
Celkový čas canisterapie v hodinách				Podpis pracovníka DSZM	
				Podpis canisterapeuta	