

Укажите план?

Имя ребенка:	Дата рождения:	Поставщик медицинского обслуживания:
Имя родителя:		Сегодняшнее число:
Вопросы/что беспокоит: О чем я хочу сегодня поговорить?		
На какой результат я надеюсь?		
Следующие шаги? Что надо сделать?		
Кто будет это делать?		
Когда? (временные рамки)		
Как мы сможем проследить за выполнением этого?		

Для того чтобы получить дополнительные экземпляры этой формы, смотрите: <http://www.cshcn.org>



Seattle Children's

HOSPITAL • RESEARCH • FOUNDATION

© 2006, 2007, 2010 Seattle Children's

Center for Children
with Special Needs
www.cshcn.org

Seattle WA. All rights reserved.



Center
2010