**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia z dnia 2 stycznia 2023 r.**

…………........................................ ……………………………….

*Pieczątka firmowa oferenta Miejscowość, data*

**SPRAWOZDANIE MIESIĘCZNE**

„**Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2023 roku”**

1. Miesiąc realizacji programu:

|  |
| --- |
|  |

1. Działania promocyjno-edukacyjne:

|  |
| --- |
| *(wykaz działań)* |
| Łączna liczba osób objętych działaniami: |

1. Wykonanie świadczeń:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Katalog świadczeń** | **Liczba świadczeń** |
| **1** | Edukacja zdrowotna |  |
| **2** | Konsultacja lekarska poz/specjalista rehabilitacji |  |
| **3** | Konsultacja mgr fizjoterapii, w tym:na początku programuna końcu programu |  |
|  |
|  |
| **4** | Indywidualne plany rehabilitacji (opracowanie) |  |
| **5** | Zajęcia indywidualne z fizjoterapeutą |  |
| **6** | Opracowanie graficzne i wydruk ulotki promocyjno-informacyjnej |  |
| **7** | Przygotowanie, druk i analiza ankiet satysfakcji  |  |
| **8** | Przygotowanie, druk i analiza testów wiedzy |  |

1. Ocena jakości świadczeń:

Liczba wypełnionych ankiet satysfakcji, załączonych do sprawozdania

|  |
| --- |
|  |

1. Dane identyfikujące świadczeniobiorcę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nr PESEL pacjenta lub seria i numer dowodu osobistego lub paszportu – w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL | Imię | Nazwisko | Data udzielenia świadczeniadz-m-rr | Nazwa udzielonego świadczenia zdrowotnego |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 ………………………………………………………………………

podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentacji