

Załącznik nr 3
do umowy nr
z dnia
na realizację programu polityki zdrowotnej

.....
Pieczętka firmowa oferenta

.....
Miejscowość, data

SPRAWOZDANIE MIESIĘCZNE

**„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
gminy Nowy Duninów w 2024 roku”**

1. Miesiąc realizacji programu:

--

2. Działania promocyjno-edukacyjne:

Wykaz działań:
Łączna liczba osób objętych działaniami:

3. Wykonanie świadczeń:

Lp.	Katalog świadczeń	Liczba świadczeń
1	Edukacja zdrowotna	
2	Konsultacja lekarska poz/specjalista rehabilitacji	
3	Konsultacja mgr fizjoterapii, w tym: na początku programu na 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	

4. Ocena jakości świadczeń:

Liczba wypełnionych ankiet satysfakcji, załączonych do sprawozdania

--

Liczba opinii pozytywnych (odpowieź bardzo dobrze lub dobrze w danej części ankiety satysfakcji)

Część I	Część II	Część III

Liczba opinii negatywnych (odpowieź źle lub bardzo źle w danej części ankiety satysfakcji)

Część I	Część II	Część III

Liczba zgłoszonych uwag dot. realizacji programu

--

5. 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 świadczenia dz-m-rr	Nazwa udzielonego świadczenia zdrowotnego
1	2	3	4	5	6

.....
podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych do reprezentacji


WÓJT
mgr Mirosław Krystak