

.....  
*Pieczętka firmowa oferenta*

.....  
*Miejscowość, data*

### SPRAWOZDANIE MIESIĘCZNE

#### „Program profilaktyki próchnicy dla dzieci z gminy Nowy Duninów w latach 2019-2021 realizowany przez Gminę Nowy Duninów”

##### 1. Okres realizacji programu:

--

##### 2. Działania promocyjno-edukacyjne:

*(wykaz działań)*

Łączna liczba osób objętych działaniami:

##### 3. Wykonanie świadczeń:

Lp.	Katalog świadczeń	Liczba świadczeń
1	Zajęcia z edukacji dzieci	
2	Zajęcia z edukacja rodziców/opiekunów prawnych	
3	Badanie stomatologiczne z instruktorem higieny jamy ustnej	
4	Lakowanie bruzd pierwszych trzonowców	
5	Przygotowanie, druk i analiza wyników pre-testów i post-testów z zakresu wiedzy o profilaktyce	

##### 4. Ocena jakości świadczeń:

Liczba ankiet wypełnionych przez rodziców/opiekunów prawnych, załączonych do sprawozdania

--

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 pieczętka osoby/osób  
upoważnionej/upoważnionych do  
reprezentacji*