

.....
Pieczętka firmowa oferenta

.....
Miejscowość, data

SPRAWOZDANIE MIESIĘCZNE

„Program profilaktyki wad postawy dla uczniów klas V szkoły podstawowej w 2019 r.”

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 rodziców/opiekunów prawnych	
2	Konsultacja lekarska i fizjoterapeuty (w tym badanie wtórne przesiewowe)	
3	Ćwiczenia grupowe z fizjoterapeutą dla grupy Bk 2	
4	Ćwiczenia indywidualne z fizjoterapeutą dla grupy Bk 3	
5	Skierowania do specjalistycznych poradni w ramach NFZ	
6	Przygotowanie i druk broszury dla populacji docelowej uczniów	
7	Przygotowanie, druk i analiza wyników pre-testów i post-testów.	

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*