

.....
pieczęć firmowa

.....
miejsowość, data

SPRAWOZDANIE KOŃCOWE

„Programu profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców gminy Nowy Duninów w latach 2018-2020”

I. Informacje ogólne

1. Czy program polityki zdrowotnej był realizowany zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Nowy Duninów a Wykonawcą?

TAK NIE

2. Czy w realizacji programu uczestniczyły osoby wskazane w ofercie?

TAK NIE

I. Informacje o programie

1. Okres realizacji świadczeń:
2. Zrealizowane działania promocyjno-edukacyjne:
3. Narzędzia monitorowania zastosowane do bieżącej kontroli realizacji programu:
4. Wyniki realizacji programu:

- Liczba osób, u których wykonano lekarskie badanie kwalifikacyjne	
- Liczba osób zaszczepionych	
- Liczba osób, które nie zostały zaszczepione z powodu przeciwwskazań lekarskich	
- Liczba osób, które nie wyraziły zgody na szczepienie	
- Liczba osób objętych działaniami promocyjno-edukacyjnymi	
- Liczba osób uczestniczących w ocenie jakości świadczeń w programie	
- Ilość materiałów informacyjno-edukacyjnych wykorzystanych w programie, w tym przekazanych uczestnikom programu (proszę wymienić wg rodzaju)	

III. 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

IV. Rozliczenie finansowe programu:

1. Koszt realizacji programu zgodnie z zawartą umową:	
2. Kwota wydatkowania na realizację programu:	
3. Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie: nie wykorzystano z powodu (uzasadnienie)	

V. Dodatkowe informacje

.....
.....
.....

VI. Załączniki:

(materiały informacyjno-edukacyjne wykorzystywane w programie, informacje prasowe, publikacje i inne).

1.
2.
3.

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

