

**ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ**

.....  
(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....  
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....  
Data i czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

Data i czytelny podpis pieczętka

**Administratorem danych osobowych jest Realizator – szczegółowy opis po stronie Realizatora.**

.....  
Data i czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki programu

**BURMISTRZ**  
*Bogdan Pawłowski*

**ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

.....  
(nazwa programu)

**1. Jak ocenia Pan/Pani poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni?**

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Jak ocenia Pan/Pani poziom fizjoterapeutycznej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?**

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Jak ocenia Pan/Pani ogólny poziom opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?**

	<i>Bardzo</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo</i>	<i>Nie mam</i>
--	---------------	---------------	----------------	------------	---------------	----------------

	<i>dobrze</i>				<i>źle</i>		<i>zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Jak ocenia Pan/Pani ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Inne uwagi**

.....

.....

.....

.....

.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za wypełnienie ankiety.  
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług.*

**BURMISTRZ**

*Bogdan Pawłowski*

Formularz wywiadu przeprowadzonego na potrzeby programu zdrowotnego

.....  
(nazwa programu)

Imię i nazwisko.....PESEL

Wywiad:

Rozpoznanie.....

Dolegliwości.....

Choroby współistniejące:.....

	TAK	NIE		TAK	NIE
nadciśnienie tętnicze			choroba zakrzepowo - zatorowa		
rozrusznik serca			ostre stany zapalne		
choroba nowotworowa			stany podgorączkowe		
padaczka			stany depresyjne		
gruźlica			cięża		
niewydolność serca			inne		
nadczynność tarczycy					

Zła tolerancja zabiegu(ów) rehabilitacyjnego(ych) .....

(podpis pacjenta)

Adnotacja fizjoterapeuty

(podpis fizjoterapeuty)

**BURMISTRZ**

*Bogdan Pawłowski*

Formularz oceny stanu uczestnika programu

.....  
(nazwa programu)

A. Wypełnia fizjoterapeuta

Imię i nazwisko.....

Rozpoznanie.....

Zabiegi.....

B. Wypełnia pacjent

Proszę określić zaznaczając „x” (początek zabiegów) lub „•” (koniec cyklu zabiegów) natężenie dolegliwości wg skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak dolegliwości, a 10 najsilniejsze natężenie dolegliwości jakie dotychczas wystąpiło.

Dolegliwość	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ból											
Ograniczona ruchomość											
Osłabiona siła mięśni											
Zaburzenie czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie)											
Obrzęk											
Zmiany skórne											
Niesprawność fizyczna											
Inne											

(podpis pacjenta)

**BURMISTRZ**  
*Andrzej Pawłowski*



Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne

**ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałaś/eś udział?**

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?**

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

**Które tematy/zagadnienia były według Ciebie nieprzydatne?**

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

**O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?**

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

**Inne uwagi:**

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

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.  
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług  
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.  
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

**BURMISTRZ**  
*Sygdan Pawłowski*

WZÓR

**SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ**

.....  
(nazwa programu)

**1. Sprawozdanie**

- miesięczne, za okres od ..... do .....  
 roczne, za rok

**2. Liczba przyjętych osób (badanie wstępne)** .....

**3. Liczba osób skierowanych na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych**  
.....

**4. Liczba wykonanych instruktaży postępowania w siedzibie Realizatora**  
.....

**5. Liczba instruktaży w ramach wizyty domowej** .....

**6. Uwagi**  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczętka Realizatora programu

**BURMISTRZ**  
  
**Bogdan Pawłowski**



**Sprawozdanie finansowo – merytoryczne**

z realizacji świadczeń zdrowotnych w roku 2020 w zakresie fizjoterapii

zgodnie z przyjętym Programem polityki zdrowotnej

pod nazwą „Fizjoterapia dla mieszkańców Gminy Kamieńsk”

**I. Ocena merytoryczna programu**

**1. Nazwa placówki/jednostki realizującej program .....**

.....

**2. Dokładny adres placówki/jednostki .....**

.....

.....

**3. Osoba odpowiadająca za jego realizację:**

.....

**4. Czas realizacji zadania:**

Data rozpoczęcia programu: .....

Data zakończenia programu: .....

**5. Charakterystyka populacji objętej zadaniem:**

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Cel główny programu:** .....

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

**7. Proszę opisać przebieg realizacji zadań programowych:** .....

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

**8. Faktyczna liczba osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych:** .....

.....  
.....

**9. Wyniki z realizacji programu zdrowotnego (np. na podstawie ankiet): ocena efektów terapeutycznych po zakończeniu programu przez magistra fizjoterapii:**

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

**10. Opinia oraz wnioski na temat konieczności realizacji programu w następnych latach:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**II. Rozliczenie finansowe programu**

**1. Proszę podać ogólny koszt realizacji zadania w zakresie świadczeń zdrowotnych:** zgodnie z umową dotacji .....

**2. Wykorzystanie przyznanych środków finansowych:**

**2.1. Koszty osobowe.**

Rozliczenie kosztów osobowych proszę przedstawić wg wzoru tabeli.

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Liczba zabiegów	Stawka za przeprowadzony zabieg	Koszt ogólny	Rozliczenie dotacji – niewykorzystane środki finansowe
1. ..	Jonoforeza				
2. ..	Galwanizacja				
3. ..	Elektrostymulacja				
4. ..	TRAEBERTA prądy				
5. ..	Prądy interferencyjne				
6. ..	Prądy diadynamiczne				
7. ..	TENS prądy				
8. ..	Ultrafonoforeza				

9..	Ultradźwięki miejscowe				
10..	Laseroterapia - skaner				
11..	Laseroterapia punktowa				
12..	Naświetlanie promieniowaniem widzialnym, podczerwonym i/lub ultrafioletowym - miejscowe				
13..	Impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości				
14..	Impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości				
15..	Masaż mechaniczny przy pomocy urządzeń typu fotele musujące, maty musujące itp.				
16..	Wyciągi				
17..	Nauka czynności lokomocji – minimum 15 minut				
18..	Ćwiczenia izometryczne - minimum 15 minut				
19..	Ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem – minimum 15 minut				
20..	Ćwiczenia czynne w obciążeniu i czynne w obciążeniu z oporem – minimum 15 minut				

21.	Ćwiczenia wspomagane – minimum 15 minut				
22.	Indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody redukcji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) – nie mniej niż 30 minut				
	<b>razem</b>		<b>razem</b>		

**III. Przebieg akcji informacyjnej oraz działań edukacyjnych realizowanej w programie oraz koszty:**

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

**IV. Dodatkowe informacje:** .....

.....  
.....

.....  
miejsowość, data

.....  
(podpis oferenta lub osoby upoważnionej)

**BURMISTRZ**  
*Bogdan Pawłowski*