

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

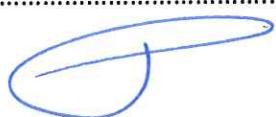
.....

.....

.....

.....

.....



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				
	razem		razem		

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

.....

IV. Dodatkowe informacje:

.....

.....
 miejscowości, data

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

