

**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)

