Załącznik Nr 1 do umowy

Ankieta ewaluacyjna dla pacjenta objętego programem polityki zdrowotnej

**PROGRAM REHABILITACJI LECZNICZEJ MIESZKAŃCÓW GMINY SOLEC-ZDRÓJ NA LATA 2020 – 2021**

**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 |
| Ból |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ograniczona ruchomość |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Osłabiona siła mięśni |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaburzenie czucia (drętwienie, mrowienie, pieczenie) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obrzęk |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zmiany skórne |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Niesprawność fizyczna |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inne |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**…..........................................**

(podpis pacjenta)

Załącznik Nr 2 do umowy

…...............................................

(pieczęć realizatora programu)

**Sprawozdanie merytoryczne z realizacji programu polityki zdrowotnej**

**„Program rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Solec-Zdrój na lata 2020-2021”**

w miesiącu …................................. roku zgodnie z umową nr ….....................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj zabiegu** | **Liczba zgłoszonych do programu** | **Liczba osób zakwalifikowanych do zabiegów** | **Liczba osób ze wskazaniem do dalszego leczenia** | **Liczba wykonanych zabiegów w danym miesiącu** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że podana liczba osób jest zgodna z imienną listą z numerami PESEL osób objętych programem potwierdzająca fakt uczestnictwa w programie.

…....................................................................

(pieczątka i podpis kierownika podmiotu leczniczego)

…..........................................................................

Data i podpis koordynatora programu ze strony zlecającego