***Załącznik nr 6 do SWK***

**Sprawozdanie finansowo – merytoryczne**

z realizacji świadczeń zdrowotnych w roku 2018 w zakresie rehabilitacji leczniczej

zgodnie z przyjętym Programem zdrowotnym

„Rehabilitacja lecznicza – fizjoterapia kinezyterapia mieszkańców Miasta i Gminy Katy Wrocławskie

**I. Ocena merytoryczna programu**

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

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

**3.** **Koordynator programu lub 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 | Uwagi |
|  | Jonoforeza | ........ | ......... | .............. | .......... |
| 1. 2 | Sollux |  |  |  |  |
| 1. 3 | Diadynamik |  |  |  |  |
| 1. 4 | Interdyn |  |  |  |  |
|  | Stymulacja |  |  |  |  |
|  | TENS prądy |  |  |  |  |
|  | Ultradźwięki |  |  |  |  |
|  | Laser |  |  |  |  |
|  | Gimnastyka bloczkowo, ciężarkowo, wyciągi podwieszane z UGUL |  |  |  |  |
|  | Krioterapia miejscowa |  |  |  |  |
|  | Terapia polem magnetycznym |  |  |  |  |
|  | Masaż suchy |  |  |  |  |
|  | Kąpiel wirowa kończyn |  |  |  |  |

……………………………….

miejscowość, data (podpis oferenta lub osoby upoważnionej)