

**Kwestionariusz sprawozdawczy – miesięczny/końcowy\***

**Z udzielania mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych**

**I. Informacje ogólne:**

1. Czy świadczenia zdrowotne były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy gminą Cieszyn a Świadczeniodawcą?

TAK  NIE

2. Okres realizacji świadczeń: od ..... do .....

3. Liczba godzin przeznaczona na poszczególne świadczenia zdrowotne jest zgodna z harmonogram

TAK  NIE

4. Świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie

TAK  NIE

**II. Realizacja poszczególnych zadań:**

1. Zadanie nr 1 - Świadczenia psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym

Lp.	Rodzaj świadczenia	Wykonanie (L.świadczeń, L.godzin)	Liczba osób objęta świadczeniami
Zakres merytoryczny udzielonych świadczeń** :			

2. Zadanie nr 2 - Świadczenia pogłębionej terapii dla osób uzależnionych

Lp.	Rodzaj świadczenia	Wykonanie (L.świadczeń, L.godzin)	Liczba osób objęta świadczeniami
Zakres merytoryczny udzielonych świadczeń** :			

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy tylko sprawozdania końcowego

3. Zadanie nr 3 - Świadczenia psychoterapii dla osób współzależnych

Lp.	Rodzaj świadczenia	Wykonanie (L.świadczeń, L.godzin)	Liczba osób objęta świadczeniami
Zakres merytoryczny udzielonych świadczeń** :			

III. informacje uzupełniające

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęć i podpis