

HARMONOGRAM
na udzielanie mieszkańcom Cieszyna gwarantowanych świadczeń zdrowotnych
z zakresu terapii uzależnienia i współzależnienia od alkoholu

Wykonawca:

.....
nazwa podmiotu udzielającego świadczeń

Rok kalendarzowy:

Numer i nazwa zadania *	Świadczenia psychoterapii grupowej		
Miesiąc	rodzaj świadczenia: z zakresu psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu (tzw. after care) dla pacjentów, którzy ukończyli podstawowy program terapii w systemie ambulatoryjnym lub stacjonarnym	rodzaj świadczenia: z zakresu pogłębionej terapii dla osób uzależnionych	rodzaj świadczenia: z zakresu psychoterapii dla osób współzależnionych
	planowana ** l.świadczeń / l.godzin	planowana ** l.świadczeń/ l.godzin	planowana ** l.świadczeń / l.godzin
kwiecień			
maj			
czerwiec			
lipiec			
sierpień			
wrzesień			
październik			
listopad			
grudzień			
RAZEM			

* powyższa tabela oddzielnie dla każdego zadania

** niepotrzebne skreślić