

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 harmonogramem

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