Data …………………… Załącznik Nr 3 do umowy Nr ……………….

 zawartej w dniu……………………pomiędzy

 ………………………………………………

Pieczęć Świadczeniodawcy

Zbiorcze sprawozdanie merytoryczne i statystycznez realizacji **Programu profilaktyki raka piersi – profilaktyczne badania ultrasonograficzne piersi dla kobiet w wieku od 25 do 49 roku życia.**

1. Uczestnicy Programu/frekwencja w Programie.

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Czasokres wykonywania Programu.

......................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Cele Programu.

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

1. Stopień osiągnięcia celów.

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

1. Opis wykonania zadań; wykonane badania/podjęte interwencje/metody i formy edukacji zdrowotnej.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Efekty Programu (ocena stopnia zainteresowania Programem, ocena Programu na podstawie ankiety badającej satysfakcję uczestników Programu).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Liczba uczestników Programu wymagających dalszej opieki medycznej (rodzaj i ilość stwierdzonych zmian chorobowych, kierowanie do dalszego leczenia).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Ogólna ocena Programu, wnioski.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………

 Podpis i pieczęć Świadczeniodawcy