Data…….

……
Pieczęć Podmiotu

Załącznik Nr 2 do Umowy Nr……/……/2019
zawartej w dniu……..2019 r. pomiędzy
Miastem Rzeszów a……...

Sprawozdanie merytoryczne, statystyczne i finansowe z realizacji Programu polityki zdrowotnej dotyczącego kompleksowej rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych i ich rodzin w zakresie zdrowia dziecka i rodziny – w odniesieniu do świadczeń niefinansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, **za …….kwartał 2019 r.**

1. I część Programu:

Diagnostyka neurokinezjologiczna lekarska – wykonanie lek.spec. rehabilitacji med., lek. spec.neurologii dziecięcej, lekarz pediatra.	Liczba świadczeń	Wartość w PLN
Poradnictwo i zalecenia pielęgnacyjno-rehabilitacyjne dla rodziców, omówienie problemów pielęgnacyjnych dziecka z zaburzonym rozwojem – wykonanie fizjoterapeuci.		
Konsultacje psychologiczne dla dzieci w wieku 1-3 lat oraz poradnictwo dla rodziców/opiekunów (dotyczące zasad postępowania z dzieckiem trudnym, płaczliwym, z problemami wychowawczymi) – wykonanie mgr psychologii.		
Konsultacje logopedyczne dla dzieci w wieku od 2 m-ca do 3 lat w zakresie sprawdzenia umiejętności językowych dziecka oraz zaleceń dla rodziców/opiekunów odnośnie stymulowania mowy, zabaw logopedycznych, zasad prawidłowego karmienia – wykonanie mgr logopedii.		
Konsultacje pedagogiczne dla dzieci do 12 m-ca – wykonanie mgr pedagogiki.		
Opracowanie i wydanie ulotek informacyjnych dla pacjentów – zaproszenie na badania.		
	Razem:	

2. II część Programu:

Porady psychologiczne – wykonanie mgr psychologii.	Liczba świadczeń	Wartość w PLN
Wizyty w placówkach edukacyjnych – wykonanie mgr pedagogiki, mgr psychologii, mgr logopedii.		
Spotkania z rodzicami/opiekunami (grupa wsparcia) – wykonanie mgr psychologii, mgr pedagogiki.		
Indywidualna psychoedukacja rodziców/opiekunów – wykonanie mgr psychologii, mgr pedagogiki, mgr logopedii, terapeuta zajęciowy.		
	Razem:	

3. Wyniki ankiety satysfakcji uczestników Programu:
   Opis wyników analizy ankiet wypełnianych przez uczestników Programu z podziałem na liczbę osób oceniających realizację Programu – bardzo dobrze……, dobrze……., negatywnie…… (jeśli negatywnie należy podać uzasadnienie), najczęściej wyrażane uwagi uczestników programu w zakresie jakości programu oraz wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich opinii uczestników programu przedstawionych w ankietach.

…… ..……..

Podpis Koordynatora/Koordynatorów Programu Podpis i pieczęć Dyrektora Podmiotu