

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

**Z udzielania mieszkańcom Białogardu świadczeń gwarantowanych z zakresu terapii (leczenia) uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych**

**I. Informacje ogólne:**

1. Czy świadczenia zdrowotne były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy Miastem Białogard 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 narkotyków i polityksomanów, będących po podstawowym cyklu leczenia.

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

2. Zadanie nr 2 – świadczenia psychoterapii dla kobiet uzależnionych od alkoholu.

Lp.	Rodzaj świadczenia	Wykonanie (L.porad, L.godzin)	Liczba osób objęta świadczeniami

Zakres merytoryczny udzielonych świadczeń** :			

3. Zadanie nr 3 - świadczenia psychoterapii dla osób współuzależnionych i zagrożonych przemocą.

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

4. Zadanie nr 4 - działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu, obejmującego zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu.

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

III. informacje uzupełniające

--

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęć i podpis