

do Umowy nr .....  
z dnia .....

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców Gminy Olsztynek na lata 2025-2027”**

**I. Dane Realizatora**

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

**II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji**

Liczba uczestników kompleksowej rehabilitacji leczniczej	
Liczba i odsetek pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	
Liczba i odsetek pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego (wraz z podaniem przyczyn)	
Liczba i odsetek pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych w skali VAS	
Liczba uczestników działań edukacyjnych	
Liczba i odsetka osób, u których w postępie odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy względem pre-testu (min. 60% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 10% względem pre-testu.	
Wyniki ankiety satysfakcji* (skrócony opis)	

\* wyłącznie w sprawozdaniu końcowym

....., dnia .....

.....

(pieczęć i podpis osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy)  
sprawozdawcy)

