Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr 88/2025.

Wójta Gminy Kołobrzeg

z dnia 29 lipca 2025r.

Sprawozdanie końcowe

z realizacji programu polityki zdrowotnej

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa programu polityki zdrowotnej:**  **Nr umowy**  **Data zawarcia umowy**  **Kwota przeznaczona na realizację zadania** |  | |
| **Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji:**  **..............................** | **Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:**  **................................. r.** | |
| **Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:**  **Cel główny:**  **Cele szczegółowe:** | | |
| **Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:** | | |
| **Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:**  • liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie:  • liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub  z innych powodów:  • liczba osób poddanych działaniom informacyjno - edukacyjnym:  • liczba osób, które zostały poddane interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia:   * liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie wraz   z podaniem przyczyny rezygnacji:   * liczba hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych z powodu raka piersi: * liczba osób objętych badaniem USG: * liczba osób objętych badaniem mammografii: * liczba osób wskazanych do dalszego leczenia: | | |
| **Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2025r.**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Sprawozdanie z wykonania zadania uwzględniające koszty administracyjne:** | | | | | | **Lp.** | **Opis** | **Jedn.**  **miary** | **Koszt jednostkowy**  **(w zł)** | **Koszt całkowity**  **(w zł)** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | |
| **Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej** | | **Opis podjętych działań modyfikujących** |

Podpis osoby uprawnionej