

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ

Załącznik do programu polityki zdrowotnej pn.

„Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2027”

ADRESAT SPRAWOZDANIA – ORGANIZATOR PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urząd Miasta Poznania ul. 3 Maja 46 61-728 Poznań tel. 61 878 56 32 e-mail: wziss@um.poznan.pl
DANE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ SPORZĄDZAJACEGO SPRAWOZDANIE	

SPRAWOZDANIE (należy wskazać właściwe)	ZA OKRES od do.....
MIESIĘCZNE	
ROCZNE	

DANE LICZBOWE UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ		Kobiety	Mężczyźni
1	Liczba osób zgłaszających się do programu polityki zdrowotnej		
2	Liczba osób zakwalifikowanych do programu polityki zdrowotnej		
3	Liczba osób niezakwalifikowanych z powodu przeciwwskazań indywidualnych		
4	Liczba osób niezakwalifikowanych z powodu kryterium wieku		
5	Liczba osób niezakwalifikowanych z powodów formalnych (brak zamieszkiwania lub opodatkowania w Poznaniu)		
6	Liczba konsultacji lekarskich kwalifikujących do programu polityki zdrowotnej		
7	Liczba konsultacji psychologicznych/psychoonkologicznych kwalifikujących do programu polityki zdrowotnej		
8	Liczba przeprowadzonych badań diagnostycznych		
9	Liczba konsultacji lekarskich kwalifikujących do zabezpieczenia płodności		
10	Liczba zabiegów pobrania komórek jajowych		
11	Liczba wykonanych procedur zamrożenia komórek jajowych		X
12	Liczba wykonanych procedur zamrożenia nasienia	X	

Uwagi:.....

Poznań, dnia.....

.....

Podpis i pieczęćka Realizatora