

RAPORT ZBIORCZY PROWADZONYCH BADAŃ

Nazwa zadania:
**Realizacja w 2016 roku
 Programu Promocji
 i Profilaktyki Zdrowia „Pomóż swemu sercu”
 Gminy Brusy na lata 2013-2016, a w szczególności:**

1. Realizacja programu edukacyjno – zdrowotnego pod hasłem „Wypprzedź cukrzycę”

Okres realizacji projektu	Liczba osób objętych programem	Liczba i rodzaj wykonanych materiałów promocyjnych	Liczba wykonanych badań/ świadczonego porad		Spotkania		Liczba osób z prawidłową tolerancją glukozy i prawidłowymi wartościami lipidogramu	Liczba osób z upośledzoną tolerancją glukozy lub nieprawidłową glikemią na czczo	Łączny koszt programu
			rodzaj	ilość	tematyka	data i miejsce			

Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki:

Brusy, dnia.....

podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie lub osoby upoważnionej przez niego

2. Realizacja programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób po 65. roku życia

Data wykonania badania/porady	Liczba pacjentów	Liczba wykonanych badań/porad	Kwota za wykonanie zadania
Razem			Łączna kwota

Dokumentacja dotycząca realizacji programu znajduje się na terenie placówki:

Brusy, dnia.....

podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie lub osoby upoważnionej przez niego

BURMISTRZ

dr inż. Witold Ossowski

1. Realizacja programu edukacyjno – zdrowotnego pod hasłem „Wyprzedź cukrzycę”

Na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych – tj. z dnia 25 listopada 2015r. (Dz. U. z 2015, poz. 2135 ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji gromadzonej w związku z rekrutacją do Programu oraz zgadzam się na wykorzystanie mojego wizerunku w związku z uczestnictwem w Programie. Oświadczam, że jestem zameldowany na terenie miasta i gminy Brusy.

Lp.	Data	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	PESEL	OŚWIADCZENIE	Podpis pacjenta
					Oświadczam, że: - nie stwierdzano u mnie wcześniej zaawansowanej choroby, nie przeżyłem/am zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu i nie jestem w momencie badania leczony/a z powodu cukrzycy typu 2,	
					- w 2016 roku nie kwalifikuję się do badania w ramach programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia - finansowanego ze środków NFZ oraz w ciągu ostatnich pięciu lat nie korzystałem/korzystałam z tychże świadczeń,	
					- w ciągu ostatnich 5 lat nie korzystały z badań dofinansowanych przez Gminę Brusy – w ramach realizacji Programu Promocji i Profilaktyki Zdrowia „Pomóż swemu sercu” na lata 2009-2012 lub Programu Promocji i Profilaktyki Zdrowia „Pomóż swemu sercu” na lata 2003-2016.	

2. Realizacja programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób po 65. roku życia

Na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych – tj. z dnia 25 listopada 2015r. (Dz. U. z 2015, poz. 2135 ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji gromadzonej w związku z rekrutacją do Programu oraz zgadzam się na wykorzystanie mojego wizerunku w związku z uczestnictwem w Programie. Oświadczam, że jestem zameldowany na terenie miasta i gminy Brusy.

Lp.	Data	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania	PESEL	Podpis pacjenta

BURMISTRZ

dr inż. Witold Ossowski