

Adres/Pieczęć Podmiotu Leczniczego

Arkusz sprawozdania z realizacji zadania pn. „Edukacja zdrowotna dla osób zagrożonych i chorych na cukrzycę oraz ich rodzin/opiekunów”

I. STATYSTYKA

L p.		Ogółem	Do 17 lat		18-24 lat		25-29 lat		30-34 lat		35-39 lat		40-44 lat		45-49 lat		50-54 lat		55-59 lat		60-64 lat		65-69 lat		70-74 lat		75-79 lat		80-84 lat		85 lat i pow.	
			K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		
1.	Ilość porad edukacyjnych																															
2.	Ilość osób, którym udzielono edukacji zdrowotnej																															
3.	Ilość osób, którym udzielono edukacji zdrowotnej po raz pierwszy w 2023 r.																															

Dane poniżej odnoszą się do uczestników korzystających z programu w 2023 roku po raz pierwszy.

ilość osób z cukrzycą Typu I		ilość osób z innym typem	
ilość osób z cukrzycą Typu II		ilość osób z normą (BMI 18,5 – 24,9 kg/m²)	
ilość osób z cukrzycą ciążową		ilość osób z nadwagą (BMI 25 – 29,9 kg/m²)	
ilość osób z insulinoopornością		ilość osób z otyłością (BMI ≥ 30 kg/m²)	
ilość osób nie chorujących		ilość osób z niedowagą (BMI <18,5 kg/m²)	
ilość osób będących opiekunem			

chorego			
---------	--	--	--

**II. ROZLICZENIE FINANSOWE ZADANIA:**

1. Koszty osobowe Realizatorów Zadania:

I.p.	Imię i nazwisko Realizatora	Daty , w których prowadzona była edukacja	łączna liczba godzin	Koszt jednostkowy godziny (brutto)	Koszt ogólny (brutto)
RAZEM					

do zapłaty: .....zł. brutto      Słownie .....zł

**UWAGA:** Dane poniżej należy wypełnić przy ostatnim sprawozdaniu.

**Kwota zaplanowana na wykonanie zadania ..... zł.**

**Kwota wydatkowana na wykonanie zadania ..... zł.**

**Kwota niewykorzystana na wykonanie zadania: ..... zł.**

Uzasadnienie dotyczące niewykorzystania przyznanej kwoty na realizację zadania:

.....  
.....

.....  
data i podpis Koordynatora Zadania

.....  
Podpis Dyrektora Podmiotu Leczniczego/Osoby Upoważnionej