*Wzór umowy*

**Umowa nr …………/2023**

Zawarta w dniu ………………….…………. w Toruniu

pomiędzy

Gminą Miasta Toruń ul. Wały gen. Sikorskiego 8, zwaną w treści umowy Udzielającym zamówienia, reprezentowaną przez:

…………………. - ……………………………..

a

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. zwanym dalej Przyjmującym zamówienie, reprezentowanym przez:

………………… - ………………………………

Podstawę prawną zawarcia niniejszej umowy stanowi art. 48 ust. 4 i 5 oraz art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.) oraz art. 114 ust. 1 pkt. 1 i 115 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.) oraz wynik konkursu ofert rozstrzygniętego w dniu **………………. 2023 r**.

§ 1

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się na podstawie niniejszej umowy do realizacji w 2023 r. „Programu profilaktyki próchnicy i urazów zębów mlecznych i stałych skierowanego do dzieci i młodzieży, ich rodziców i opiekunów oraz pracowników oświaty pn. „Toruń olśniewa uśmiechem” stanowiącego załącznik nr 1 do umowy.
2. Program, o którym mowa w ust. 1 będzie realizowany zgodnie z założeniami określonymi szczegółowo w ofercie złożonej w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia oraz wynikami negocjacji indywidualnych/w przypadku ich przeprowadzenia/ wskazanymi w załączniku nr 2 do niniejszej umowy. W ramach realizacji Programu Przyjmujący zamówienie obejmie nieodpłatnymi dla pacjentów świadczeniami 1100 osób i wykona pozostałe obowiązki wskazane w §2 w okresie obowiązywania niniejszej umowy.
3. Program, o którym mowa w ust. 1 będzie realizowany na terenie szkół oraz w siedzibie Wykonawcy. Wykaz szkół wskazany jest w załączniku nr 2.
4. Umowa będzie finansowana ze środków budżetowych: wydatki Gmina, zadanie własne w ramach wydatków bieżących, Dział 851 Rozdział 85149 § 4280 Nazwa zadania w budżecie: „program „Toruń olśniewa uśmiechem”.

§ 2

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. opracowania harmonogramu realizacji umowy: termin wykonania:……………….;
2. wykonywania świadczeń lub zajęć zgodnie harmonogramem wskazanym w ust. 1 pkt. 1): termin wykonania:…………………………;
3. przeprowadzenia naboru i rejestracji uczestników programu (weryfikacja kryterium wieku oraz zamieszkania) z wyznaczeniem terminu świadczenia: termin wykonania:……………….;
4. uzyskania pisemnej zgody rodzica lub opiekuna prawnego na udział dziecka w programie (załącznik nr 5);
5. wykonania świadczeń wyszczególnionych w załączniku nr 2 z zapewnieniem niezbędnych do tego celu środków medycznych oraz przy zachowaniu wszelkich wytycznych GIS i MZ związanych z realizacją świadczeń w okresie epidemii, a także udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione lub posiadające stosowne kwalifikacje i uprawnienia do ich udzielania: termin wykonania:……………….;
6. prowadzenia stosownej dokumentacji medycznej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
7. przeprowadzenia wykładów i warsztatów edukacyjnych w liczbie i tematyce zgodnej z załącznikiem nr 2 do umowy;
8. przekazania rodzicowi/opiekunowi prawnemu osoby poddanej świadczeniom stomatologicznym pisemnej informacji o stanie zdrowia jamy ustnej dziecka wraz z zaleceniami dotyczącymi ewentualnego dalszego leczenia;
9. sporządzania miesięcznych sprawozdań (załącznik nr 4), sprawozdania końcowego (załącznik nr 5) oraz wykazu imiennego uczestników (załącznik nr 6) z realizacji Programu i przekazanie ich do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Torunia, załącznik nr 6 w dwóch egzeplarzach;
10. przeprowadzenia i opracowania anonimowej ankiety początkowej i końcowej dotyczącej pierwszej pomocy stomatologicznej uczestnika programu (załącznik nr 3): termin wykonania:………………;
11. przygotowania opracowania statystycznego polegającego na opracowaniu wskaźników oraz analizy ankiet początkowych i końcowych: termin wykonania:……………………..;
12. niezwłocznego informowania Udzielającego zamówienia o każdorazowej zmianie spośród personelu medycznego, udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, przy czym zastrzega się, że kwalifikacje zawodowe personelu medycznego nie mogą być niższe od zgłoszonych w przyjętej ofercie Przyjmującego zamówienie, a zmiana liczby personelu lub zastąpienie ich osobami o niższych kwalifikacjach zawodowych może być podstawą do wypowiedzenia umowy przez Udzielającego zamówienie;
13. zapewnienia wysokiej jakości wszystkich udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych Programem;
14. informowania Udzielającego zamówienia o niebezpieczeństwie niewykonania całości lub części Programu wraz ze szczegółowym wskazaniem powodów w terminie do 30 dni przed zakończeniem realizacji Programu.
15. prowadzenia infolinii dla mieszkańców Torunia w ramach realizowanego programu polityki zdrowotnej.

§3

1. Uprawnionymi do bezpłatnego korzystania z programu zdrowotnego są dzieci i młodzież z grupy wiekowej od 11 r.ż. do 14 r.ż. i 17 latkowie- uczniowie, mieszkańcy Torunia, których rodzice bądź opiekunowie prawni wyrazili pisemną zgodę na udział w programie. Do udziału w części edukacyjnej programu uprawnieni są także nauczyciele i rodzice.
2. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany rejestrować pacjentów, którym w ramach umowy udziela świadczeń.
3. Rejestracja pacjentów obejmuje następujące dane: imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, nr PESEL lub datę urodzenia, datę wykonania świadczenia.
4. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do podania do publicznej informacji zakresu i sposobu realizacji zadania oraz zasad rejestracji.

§ 4

Umowa jest zawarta na okres od ………….... 2023 r. do dnia ……………… 2023 r.

§ 5

1. Z tytułu realizacji Programu objętego niniejszą umową Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie za wykonanie poszczególnych elementów należności wskazanych w załączniku nr 2 do niniejszej umowy, w łącznej kwocie nieprzekraczającej **154 370 zł** (słownie: **sto pięćdziesiąt cztery tysiące trzysta siedemdziesiąt złotych 00/100**).
2. Wynagrodzenie z tytułu realizacji niniejszej umowy będzie płatne Przyjmującemu zamówienie w częściach obejmujących iloczyn cen jednostkowych poszczególnych świadczeń wskazanych w załączniku nr 2 do niniejszej umowy oraz liczbę zrealizowanych w danym miesiącu świadczeń danego rodzaju, przelewem na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego zamówienie.
3. Podstawę wypłaty wynagrodzenia stanowić będzie faktura wystawiona przez Przyjmującego zamówienie nie częściej niż raz w miesiącu, a za miesiąc listopad 2023 r. do dnia 05.12.2023 r.
4. Udzielający zamówienia zapłaci wynagrodzenie w terminie do 14 dni od daty otrzymania faktury.
5. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek przedstawić Udzielającemu zamówienia, łącznie z fakturą, sprawozdanie merytoryczne z wykonania zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 według wzoru stanowiącego załączniku nr 4 do niniejszej umowy.
6. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek przedstawić Udzielającemu zamówienia łącznie z fakturą za miesiąc listopad 2023:
	1. sprawozdanie miesięczne z realizacji Programu stanowiące załącznik nr 4 do umowy- w wersji papierowej,
	2. sprawozdanie końcowe z realizacji Programu stanowiące załącznik nr 5 do umowy- w wersji papierowej,
	3. wykaz imienny uczestników programu stanowiący załącznik nr 6 do umowy- w wersji papierowej (2 egzemplarze) oraz elektronicznej,
	4. przeprowadzone ankiety początkowe i końcowe stanowiące załącznik nr 3 do umowy- w wersji papierowej.
7. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniach lub opracowaniach, o których mowa w ust. 5 i 6 Udzielający zamówienia wstrzyma wypłatę wynagrodzenia do chwili ich usunięcia.
8. Na wniosek Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielić wszelkich dodatkowych informacji i przedłożyć oraz sporządzić wszystkie dokumenty niezbędne do rozliczenia realizacji umowy.

§ 6

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do wykorzystania sprawozdań merytorycznych z realizacji programu, o których mowa w § 5 ust. 5 i 6 do własnych opracowań.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy oraz w dniu podpisania niniejszej umowy przedłoży Udzielającemu zamówienia stosowny dokument potwierdzający fakt zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie przedmiotu niniejszej umowy.
2. Obowiązek, o którym mowa w ust. 1 dotyczy również każdorazowej zmiany treści umowy ubezpieczenia i terminu jej obowiązywania, w okresie obowiązywania niniejszej umowy.
3. W przypadku nie przedłożenia dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia w zakresie przedmiotu niniejszej umowy, o którym mowa w ust.1, Udzielający zamówienie wzywa pisemnie Przyjmującego zamówienie do jego złożenia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.
4. Niezastosowanie się do wezwania, o którym mowa w ust. 3, skutkuje rozwiązaniem umowy z winy Przyjmującego zamówienie i zobowiązuje go do zapłacenia kary umownej w wysokości 5% wartości umowy.
5. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ponosi Przyjmujący zamówienie.
6. Środki publiczne uzyskane na podstawie niniejszej umowy nie mogą być przeznaczone na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych z innych źródeł ani na cele nie będące jej przedmiotem.

§ 8

1. Na żądanie Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przekazywania dodatkowych informacji dotyczących realizacji umowy.
2. Udzielający zamówienia ma prawo do kontroli wykonania umowy, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego zamówienia w zakresie wykonywania umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuję się do niezwłocznego wykonania wszelkich zaleceń pokontrolnych, o których mowa w ust. 2.
4. W razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, w tym częściowego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego zamówienie, Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do zapłacenia Udzielającemu zamówienia kary umownej w wysokości 10% wartości umowy.

§ 9

1. W przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień niniejszej umowy Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez wypowiedzenia. Za rażące naruszenia istotnych postanowień umowy uważa się w szczególności:
	* 1. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby nieuprawnione lub nie posiadające stosownych kwalifikacji i uprawnień do ich udzielania;
		2. nieudzielanie świadczeń zdrowotnych w ustalonym miejscu i czasie;
		3. obciążanie pacjentów kosztami świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy lub kosztami produktów leczniczych i wyrobów medycznych, służących do ich udzielania;
		4. przedstawienie przez Przyjmującego zamówienie danych dotyczących zrealizowanych świadczeń zdrowotnych, niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Udzielający zamówienia dokonał płatności nienależnych środków finansowych.
2. Za każdy przypadek rażącego naruszenia istotnych postanowień niniejszej umowy wskazanych w ust. 1 lub zwłoki w wykonaniu umowy przez Przyjmującego zamówienie lub wykonaniu jej niezgodnie z terminami wskazanymi w §2, Przyjmujący zamówienie zapłaci karę umowną w wysokości 5% kwoty określonej w §5 ust. 1.
3. W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z 30 dniowym okresem wypowiedzenia dokonanym na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. W przypadku odstąpienia od umowy przez którąkolwiek ze stron, z przyczyn leżących po jej stronie, strona odstępująca zobowiązana jest do zapłaty kary umownej w wysokości 10% kwoty określonej w § 5 ust. 1.
5. Gdy strona odstępuje od umowy z przyczyn spowodowanych przez drugą stronę, stronie odstępującej przysługuje od drugiej strony kara umowna w wysokości 10% kwoty określonej w §5 ust.1.
6. Niniejsza umowa nie stanowi przeszkody do zawierania przez Strony innych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, pod warunkiem, że nie kolidują one z realizacją niniejszej umowy.
7. W zakresie związanym z realizacją niniejszej umowy, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, Przyjmujący zamówienie odbiera od osób, których dotyczą te dane, stosowne oświadczenia o wyrażeniu zgody na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych,, zgodnie z rozporządzeniem PE i Rady UE 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

§ 10

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do informowania, że zadanie jest finansowane ze środków otrzymanych od Udzielającego zamówienia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Informacja powinna się znaleźć we wszystkich materiałach, publikacjach, informacjach dla mediów, ogłoszeniach oraz wystąpieniach publicznych dotyczących realizowanego zadania publicznego.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do umieszczenia herbu Miasta Torunia z informacją, że Program jest finansowany przez Gminę Miasta Toruń oraz logo Narodowego Funduszu Zdrowia na wszystkich materiałach, w szczególności promocyjnych, informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, dotyczących realizacji Programu.
3. Nie wywiązanie się z obowiązku wskazanego w ust. 1 skutkuje zapłatą kary umownej w wysokości 5% kwoty określonej w § 5 ust. 1.

§ 11

Prawa i obowiązki stron nie będą przenoszone na osoby trzecie.

§ 12

Każda zmiana umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 13

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 14

Spory mogące wynikać ze stosunku objętego niniejszą umową, strony podadzą pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego dla siedziby Udzielającego zamówienia.

§ 15

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Załączniki do umowy:

Załącznik nr 1 – Programu profilaktyki próchnicy i urazów zębów mlecznych i stałych skierowanego do dzieci i młodzieży, ich rodziców i opiekunów oraz pracowników oświaty pn. „Toruń olśniewa uśmiechem”

Załącznik nr 2 – Szczegółowy zakres rzeczowy i finansowy zadania

Załącznik nr 3 – Ankieta

Załącznik nr 4 – Sprawozdanie merytoryczne i finansowe

Załącznik nr 5 – Sprawozdanie roczne/końcowe z realizacji Programu

Załącznik nr 6 – Sprawozdanie- wykaz imienny uczestników Programu

Załącznik nr 7 – Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w Programie

Udzielający zamówienia Przyjmujący zamówienie

*Wzór załącznika nr 2*

***Szczegółowy zakres rzeczowy i finansowy zadania***

Świadczenia zdrowotne wykonywane w trakcie realizacji Programu Profilaktyki próchnicy i urazów zębów mlecznych i stałych skierowanego do dzieci i młodzieży, ich rodziców i opiekunów oraz pracowników oświaty pn. „Toruń olśniewa uśmiechem” realizowany będzie w:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Elementy należności** | **Cena jednostkowa w złotych** | **Proponowana****ilość świadczeń** | **Liczba osób****objętych działaniem** | **Iloczyn ceny i ilości świadczeń w złotych** |
| **Edukacja** |
| wykład edukacyjny dotyczący choroby próchnicowej jej powikłań i wpływu na stan zdrowia  |  |  |  |  |
| zajęcia warsztatowe dla dzieci i młodzieży dotyczące zasad utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej oraz stosowania profilaktyki fluorkowej, wpływu diety na stan jamy ustnej i próchnicy zębów |  |  |  |  |
| wykład edukacyjny z zakresu postępowania w przypadku urazów jamy ustnej i zębów wraz z przeprowadzeniem ankiety |  |  |  |  |
| **Świadczenia zdrowotne** |
| kontrolne badanie lekarskie (1 raz względem dziecka), ocena poziomu higieny, stanu przyzębiai zgryzu |  |  |  |  |
| lakowanie bruzd drugich zębów trzonowych stałych u dzieci do ukończenia 14 r. ż |  |  |  |  |
| całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni, 2 powierzchniach, całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 lub 3 powierzchniach  |  |  |  |  |
| usuwanie złogów nazębnych z ½ łuku zębowego- wśród dzieci, u których świadczenie nie było wykonane w 2022 r. |  |  |  |  |
| **Suma** |  |  |

*Wzór załącznika nr 3*

**ANKIETA**

**Wyobraź sobie, że dziecko lat 4 doznaje opisanego urazu. Co zrobisz? Odpowiedz na odnoszące się do danej sytuacji pytania:**



1. Podczas zabawy dziecko (lat 4) potyka się i upada uderzając twarzą o łokieć koleżanki. Jeden z jego przednich zębów połamał się (zdj. obok). Nie zaobserwowałaś/łeś zwiększonej ruchomości uszkodzonego zęba, ani zębów sąsiednich. Poza minimalnym krwawieniem z dziąsła i dolegliwościami spowodowanymi przygryzieniem wargi dziecko na nic się nie skarży. Nie straciło też przytomności.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Tak** | **Nie** |
| **1.** | Uszkodzony ząb to ząb stały? |  |  |
| **2.** | Jeśli dziecko nie skarży się na ból czy uważasz, że należy udać się z dzieckiem do specjalisty? |  |  |
| **3.** | **W jakim czasie dziecko powinno być zbadane przez dentystę?** |
| 1. natychmiast
 |
| 1. w przeciągu 30 min.
 |
| 1. w dniu urazu
 |
| 1. następnego dnia
 |
| 1. nie ma takiej potrzeby
 |



1. Dziecko lat 11 grając w piłkę otrzymało niespodziewany cios piłką w usta. W łuku zębowym wyraźnie widać brak jednego zęba (zdj. obok). Dziecko ma nadszarpnięte dziąsło, pękniętą wargę i mocno krwawi. Poza tym nie straciło przytomności i nie ma innych obrażeń.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Tak** | **Nie** |
| **1.** | Uszkodzony ząb to ząb stały? |  |  |
| **2.** | Zdecydujesz się na wykonanie replantacji? |  |  |
| **3.** | **Co robisz?** |
| 1. Szukasz zęba, opłukujesz i wprowadzasz do zębodołu, a następnie jedziesz z dzieckiem do dentysty.
 |
| 1. Uspokajasz dziecko i udajesz się z nim do dentysty.
 |
| 1. Szukasz zęba, zawijasz w chusteczkę i idziesz z dzieckiem do dentysty.
 |
| **4.** | **W jakim czasie dziecko powinno być zbadane przez dentystę?** |
| 1. natychmiast
 |
| 1. w przeciągu 30 min.
 |
| 1. w dniu urazu
 |
| 1. następnego dnia
 |
| 1. nie ma takiej potrzeby
 |
| **5.** | **Jeśli nie zdecydujesz się na wykonanie replantacji czego użyjesz do transportu zęba do dentysty?** |
| 1. wody
 |
| 1. mleka
 |
| 1. śliny dziecka
 |
| 1. soku
 |
| 1. zawinę w chusteczkę
 |

*Wzór załącznika nr 4*

**Sprawozdanie merytoryczne i finansowe** z realizacji programu profilaktyki próchnicy i urazów zębów mlecznych i stałych skierowany do dzieci i młodzieży, ich rodziców i opiekunów oraz pracowników oświaty pt. **„Toruń olśniewa uśmiechem”** za okres od……do……2022r**. do faktury nr …….z dnia ………2022 r.**

1. Profilaktyka pierwotna

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa działania | Temat | Data | Liczbaodbiorców | Cena |
| Wykłady edukacyjne | 1.2.3. |  |  |  |
| Zajęcia warsztatowe | 1.2.3. |  |  |  |
|  **Suma** |  |  |

2. Profilaktyka wtórna

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa wykonanego świadczenia | Liczba osób objętych świadczeniem | Liczba wykonanych świadczeń | Iloczyn ceny i ilości wykonanych świadczeń |
| 1. | Kontrolne badanie lekarskie wykonane 1 raz względem dziecka |  |  |  |
| 2. | Lakowanie bruzd drugich zębów trzonowych stałych u dzieci do ukończenia 14 r.ż |  |  |  |
| 3. | Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni, 2 powierzchniach, całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 lub 3 powierzchniach |  |  |  |
| 4. | Usuwanie złogów nazębnych z ½ łuku zębowego- wśród dzieci, u których świadczenie nie było wykonane w 2022 r. |  |  |  |

3. Ankiety

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp.  | Odbiorcy | Liczba osób |  Miejsce przeprowadzeniaankiety początkowej/końcowej |
| 1. | uczniowie |  |  |

3. Inne koszty realizacji programu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Cena |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
|  suma |  |

4. Uwagi dotyczące programu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………….. ……………………………………………………..

 miejscowość, data podpis i pieczęć osoby upoważnionej

*Wzór załącznika nr 5*

**Sprawozdanie roczne/końcowe z realizacji w 2022 r. programu profilaktyki próchnicy i urazów zębów mlecznych i stałych skierowanego do dzieci i młodzieży, ich rodziców i opiekunów oraz pracowników oświaty pn. „Toruń olśniewa uśmiechem”.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu | Sprawozdanie za okresod ……..…….. do …………… | Adresat:Gmina Miasta Toruń |
|  | Sprawozdanie należyprzekazać w terminie do 14 dni po okresiesprawozdawczym |

1. Realizacja świadczeń w ramach programu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Symbol świadczenia | Liczba wykonanych w 2022 r. świadczeń | Liczba osób objętych świadczeniami | Iloczyn ceny i liczby świadczeń |
| 1 | Kontrolne badanie lekarskie wykonane 1 raz względem dziecka |  |  |  |
| 2 | Lakowanie bruzd drugich zębów trzonowych stałych u dzieci do ukończenia 14 r.ż |  |  |  |
| 3 | Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni, 2 powierzchniach, całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 lub 3 powierzchniach |  |  |  |
| 4 | Usuwanie złogów nazębnych z ½ łuku zębowego- wśród dzieci, u których świadczenie nie było wykonane w 2022 r. |  |  |  |

1. Określenie mierników efektywności programu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa wskaźnika | Osiągnięty efekt |
| 1 | określenie liczby dzieci (z podziałem na roczniki) w wieku od 11 r. ż. do 14 r. ż i 17-letnich przebadanych w czasie trwania programu |  |
| 2 | określenie wskaźnika PUW i jego składowych wśród dzieci z podziałem na roczniki |  |
| 3 | określenie wskaźnika leczenia, frekwencji i intensywności próchnicy wśród dzieci z podziałem na roczniki |  |
| 4 | określenie liczby dzieci (z podziałem na roczniki), u których zalakowano bruzdy drugich zębów trzonowych stałych |  |
| 5 | określenie liczby dzieci (z podziałem na roczniki), u których całkowicie opracowano i odbudowano ubytki zęba na 1 powierzchni, 2 powierzchniach, całkowicie opracowano i odbudowano rozległe ubytki na 2 lub 3 powierzchniach, zastosowano lakowanie poszerzone w pierwszych zębach trzonowych wśród dzieci z podziałem na roczniki |  |
| 6 | określenie liczby dzieci (podziałem na roczniki), u których usunięto złogi nazębne z ½ łuku zębowego |  |
| 7 | określenie całkowitej liczby wykładów lub zajęć warsztatowych przeprowadzonych w ramach I etapu |  |
| 8 | określenie liczby wykładów edukacyjnych przeprowadzonych dla poszczególnych grup (dzieci, rodzice/opiekunowie, nauczyciele) w etapie I. |  |

1. Ocena efektywności programu-możliwe jest przedstawienie efektu programu za pomocą wykresów

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stan uzębienia pod kątem progresji próchnicy | Stan na dzień I badania | Stan nazakończenie programu  | Ocena efektywności |
|  |  |  |
| Stan wiedzy na podstawie ankiet | Ankieta początkowa | Ankieta końcowa | Wnioski |
|  |  |  |

...................................... ……………………………………………………..

 miejscowość, datapodpis i pieczęć osoby upoważnionej

*Wzór załącznika nr 6*

Sprawozdanie- wykaz imienny uczestników programu „Toruń olśniewa uśmiechem” w roku 2022

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Numer pacjenta | Wiek | Płeć | Gmina, w której zameldowany jest pacjent | Nazwa świadczenia | Data udzielenia świadczenia | Podpis osoby wykonującej | Cena świadczenia | Nazwa kontrahenta wykonującego świadczenie |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dokument sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.

…………………………………………………………………………………

podpis osób upoważnionych do reprezentowania podmiot leczniczy

*Wzór załącznika nr 7*



***Zgoda rodzica***

na udział dziecka w programie profilaktyki próchnicy i urazów zębów mlecznych i stałych skierowany do dzieci i młodzieży, ich rodziców i opiekunów oraz pracowników oświaty pn. „Toruń olśniewa uśmiechem”

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na udział dziecka ………………………………………………………….…

Imię i nazwisko

w programie profilaktyki próchnicy i urazów zębów mlecznych i stałych skierowany do dzieci i młodzieży, ich rodziców/ opiekunów oraz pracowników oświaty pn. „Toruń olśniewa uśmiechem”.

…………………….. ……………………………………………………

 Data Imię i nazwisko rodzica