



Formularz zgłoszeniowy

wyrażający wstępne zainteresowanie udziałem w projekcie
„Jakość w POZ” na potrzeby Opieki Koordynowanej (OK)

Dane podmiotu leczniczego

Nazwa podmiotu leczniczego			
Adres			
Imię o nazwisko osoby reprezentującej			
Adres mailowy		Telefon	
Ilość aktywnych deklaracji do	Lekarza POZ	Pielęgniarki POZ	Położnej POZ
Ilość poradni AOS		Rehabilitacja ambulatoryjna	Tak Nie

Obszar zainteresowania proponowanym wsparciem

Zadanie	Tak	Nie
Dostosowanie regulaminu organizacyjnego przychodni do wymogów związanych z pilotażem OK	Tak	Nie
Wdrożenie ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych w NT, DM t.2 i p.z.b.k.	Tak	Nie
Edukacja pracowników w zakresie nowych obowiązków wynikających z wdrożenia OK	Tak	Nie
Edukacja pracowników oraz dofinansowanie poprawy jakości obsługi na poziomie Rejestracji	Tak	Nie
Opracowanie procesu rekrutacji i realizacji programów profilaktycznych realizowanych w POZ	Tak	Nie
Przygotowanie programów edukacyjnych dla pacjentów	Tak	Nie
Stworzenie bazy wiedzy dla pacjentów	Tak	Nie
Monitorowanie jakości opieki	Tak	Nie

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Podpis