|  |
| --- |
| **P r i l o g ./B 2**(ugovoru o pružanju usluga skrbi)Potrebne usluge medicinske njege |
| 1. **Osobni podaci korisnika skrbi**
 |
| Ime: | Adresa: |
| Datum rođenja: | E-pošta: |
| Telefonski broj: | Faks: |
| 1. **Osobni podaci ugovornih strana**
 |
| * 1. **Nalogodavatelj**
 |
| * **Korisnik skrbi**
* **Zastupnik korisnika skrbi** (npr. Zastupanje odraslih osoba, pravni zastupnik, itd.)
* **Neka druga osoba u ime korisnika skrbi** (npr. član obitelji, osoba od povjerenja)
 |
| Ime: | Datum rođenja: |
| Adresa: | Zastupana po punomoći za zastupanje / punomoći za skrb, temeljem rješenja suda nadležnog za pitanja skrbništva (npr. imenovanje zastupnika za odraslu osobu): (Obvezno priložiti kopiju dokaza) |
| Telefonski broj: | E-pošta: |
| Faks: |
| * 1. **Nalogoprimatelj (pružatelj usluga skrbi)**
 |
| Ime/tvrtka: | Datum rođenja |
| Adresa/sjedište: | E-pošta: |
| Faks: | Telefonski broj: |
| 1. **Potrebno je ugovoriti sljedeće aktivnosti:**
	1. o pomoć pri oralnom uzimanju hrane i pića te uzimanju lijekova
	2. o pomoć pri održavanju osobne higijene
	3. o pomoć pri odijevanju i svlačenju
	4. o pomoć pri upotrebi toaleta odnosno toaletne stolice i promjeni pomagala za inkontinenciju
	5. o pomoć pri prijelazu iz ležećeg u uspravni položaj i obratno, sjedanju i hodanju
	6. o davanje lijekova
	7. o previjanje oblozima i zavojima
	8. o davanje potkožnih injekcija inzulina i antikoagulanata
	9. o uzimanje uzoraka krvi iz kapilara za potrebe određivanja razine glukoze ispitnim trakama
	10. o jednostavna primjena zagrijavanja i osvjetljavanja
	11. o drugi postupci iz područja medicinske pomoći ili njege, pod uvjetom da su ti postupci po svojoj složenosti i potrebnim

 preduvjetima slični gore navedenim postupcima  U nastavku molimo da navedete te druge postupke medicinske pomoći i njege:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Označeno je ukupno (pod točkom 3.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ postupaka. |
| 1. **Sljedeća pitanja mora rastumačiti i ispuniti stručno medicinsko osoblje (liječnik ili medicinska sestra/tehničar,** posebno obučeni u ovom zdravstvenom području) **u prisutnosti ugovornih strana**:
 |
| * 1. **Osobni podaci medicinskog osoblja**
 |
| Imena stručnih zdravstvenih radnika: | Adresa / mjesto rada: |
| Datum rođenja: | Telefonski broj: |
| **4.2 Delegiranje jednostavnih aktivnosti medicinske pomoći i njege (u skladu s § 3b Abs 2 GuKG) pružatelju usluga skrbi:****S medicinskog stajališta u slučaju sljedećih aktivnosti postoje okolnosti zbog kojih je potrebno** da stručno medicinsko osoblje **uputi pružatelja usluga skrbi**: |
| Uz 3.1., pomoć pri oralnom uzimanju hrane i pića i uzimanje lijekova |
| * da
 | * ne
 |
| Uz 3.2, pomoć pri održavanju osobne higijene |
| * da
 | * ne
 |
| Uz 3.3., pomoć pri odijevanju i svlačenju |
| * da
 | * ne
 |
| Uz 3.4., pomoć pri upotrebi toaleta odnosno toaletne stolice i promjeni pomagala za inkontinenciju |
| * da
 | * ne
 |
| Uz 3.5., pomoć pri prijelazu iz ležećeg u uspravni položaj i obratno, sjedanju i hodanju |
| * da
 | * ne
 |
| Ukupno je s **„da“** (pod točkom 4.2.) označeno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aktivnosti. |
| **4.3.Prema točki 4.2 nakon detaljnog su obrazloženja izdane sljedeće potrebne upute:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**4.4. Propisano je provođenje sljedećih dodatnih mjera njege (§ 14 para 2 no. 4 GuKG):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4.5. Trajanje navedenih mjera u skladu s točkom 4.2. do 4.4::*** Ograničeno, s trajanjem najdulje do: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Neograničeno

**NAPOMENA:** Propisane mjere svakako vrijede samo za vrijeme trajanja ugovornog odnosa o pružanju usluga skrbi!Nalog može biti opozvan u svako doba **pisanim putem** kad je to potrebno sa stajališta osiguranja kvalitete ili uslijed promjene stanja korisnika skrbi. Ako za to postoje važni razlozi, nalog može biti opozvan i usmeno, pod uvjetom da opoziv bude jasan i osigura da ne dođe do nesporazuma. U takvim slučajevima opoziv mora biti popraćen i pisanim opozivom, najkasnije u roku od 24 sata. |
| **4.6 Delegiranje poslova pružatelju usluga skrbi u skladu s nalogom liječnika (§ 15 Abs 6 GuKG, § 50b ÄrzteG):** |
| Uz 3.6. o davanje lijekova Uz 3.7. o previjanje oblozima i zavojima Uz 3.8. o davanje potkožnih injekcija inzulina i antikoagulanata Uz 3.9. o uzimanje uzoraka krvi iz kapilara za potrebe određivanja razine glukoze ispitnim trakama Uz 3.10. o jednostavna primjena zagrijavanja i osvjetljavanjaUz 3.11. o drugi postupci iz područja medicinske pomoći ili njege, pod uvjetom da su ti postupci po svojoj složenosti i potrebnim preduvjetima slični gore navedenim postupcima. U nastavku molimo da navedete te druge postupke medicinske pomoći:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Označeno je ukupno (pod točkom 4.6.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ postupaka.Napomena: U sklopu aktivnosti za koje postoji zajednička odgovornost davatelji složenijih usluga medicinske pomoći i njege mogu prema liječničkom nalogu izdanom u skladu s čl. 15., stavci od 1 do 4 (§ 15 Abs. 1 bis 4) Zakona o zdravlju i njezi bolesnika (GuKG), delegirati sljedeće aktivnosti iz područja zajedničke odgovornosti pružatelju usluga skrbi (u smislu § 3b zakona GuKG). |
| **4.7. Prema točki 4.6 nakon detaljnog su obrazloženja izdane sljedeće nužne upute:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4.8. Trajanje naloga u skladu sa točkom 4.6 i 4.7*** Ograničeno, s trajanjem najdulje do: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Neograničeno

**NAPOMENA:** Propisane mjere svakako vrijede samo za vrijeme trajanja ugovornog odnosa o pružanju usluga skrbi! Nalog može biti opozvan u svako doba **pisanim putem** kad je to potrebno sa stajališta osiguranja kvalitete ili uslijed promjene stanja korisnika skrbi. Ako za to postoje važni razlozi, nalog može biti opozvan i usmeno, pod uvjetom da opoziv bude jasan i osigura da ne dođe do nesporazuma. U takvim slučajevima opoziv mora biti popraćen i pisanim opozivom, najkasnije u roku od 24 sata. |
| 1. **Dokaz da je pružatelj usluga skrbi osposobljen i upućen**

Potvrđuje se da je pružatelj usluga skrbi* dovoljno **sposoban ispunjavati** zadaće **nužne** za poslove jednostavne njege ili radnje koje su mu prema nalogu liječnika delegirane
* da ga je stručno zdravstveno osoblje **u potrebnoj mjeri** uputilo i obučilo za preuzimanje konkretnih poslova jednostavne njege ili radnji koje su mu delegirane nalogom liječnika
 |
| 1. **Ugovaranje zadaća i potvrda naloga**
 |
| * 1. Stručni zdravstveni radnici izjavljuju da je navedena obrazloženja, sve navedene naloge, upute i objašnjenja potrebno provoditi pažljivo, dosljedno i u cijelosti te da je sve izmjene koje ne proizlaze iz naloga koje je liječnik izdao pružatelju usluga skrbi potrebno odmah javiti, pisanim putem ili usmeno (pri čemu je obvezno u roku od 24 sata dostaviti i pisanu obavijest).

Napominje se da je **poduzeće za skrb dužno sukladno čl. 3b st. 6 GuKG dužno,*** adekvatno i redovito dokumentirati obavljanje naručenih aktivnosti i dokumentaciju staviti na raspolaganje stručnom medicinskom osoblju koje njeguje i liječi osobu kojoj je potrebna njega, kao i
* stručnom medicinskom osoblju koje je za tu osobu zaduženo odmah pružiti sve informacije koje bi mogle biti važne za postupanje, osobito promjenu stanja osobe kojoj će se pružiti skrb ili prekid skrbi.
 |
| **Potpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(imena stručnih zdravstvenih radnika) | **Mjesto i datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **NAPOMENA:** Pružatelj usluga skrbi ima mogućnost odbiti preuzeti zadaće ili ugovaranje radnji/usluga medicinske pomoći i njege (uključujući i u slučaju da su one nužne!). |
| **Potpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(pružatelj usluga skrbi) | **Mjesto i datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| **Potpis:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nalogodavatelj) | **Mjesto i datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |