|  |
| --- |
| **M e l l é k l e t/ B 2** (az ápolási gondozási szerződéshez)Gyógyászati eszközök szükségessége |
| 1. **Az ápolást igénylő személyes adatai**
 |
| Név: | Cím: |
| Születési idő: | E-mail: |
| Telefonszám: | Telefax: |
| 1. **A szerződő fél személyes adatai**
 |
| * 1. **Megbízó**
 |
| * **Az ápolást igénylő személy**
* **Az ápolást igénylő személy képviselője** (pl. **felnőttképviselet, jogi képviselő** stb.)
* **Az ápolást igénylő személy javára eljáró más személy** (pl. felnőtt képviselő kijelölése)
 |
| Név: | Születési idő: |
| Cím: | Képviselet esetén a képviseleti jogkör igazolása/(ügyviteli) meghatalmazás/gondnokságról döntő bíróság határozata (pl. ügyvédi meghatalmazás):(az igazolás másolata mellékletként csatolandó) |
| Telefonszám: | E-mail: |
| Telefax: |
| * 1. **Megbízott (ápolást végző cég)**
 |
| Név / Cég: | Születési idő |
| Cím / Székhely: | E-mail: |
| Telefax: | Telefonszám: |
| 1. **Az alábbi tevékenységekben állapodnak meg:**
	1. o segítség a szájon át történő táplálék- és folyadékbevitelnél, valamint a gyógyszerbeadásnál
	2. o segítség a testápolásnál
	3. o segítség felöltözésnél és levetkőzésnél
	4. o segítség a WC vagy toalett szék használatánál, beleértve az inkontinenciatermékek cseréjénél nyújtott segítséget
	5. o segítség felkelésnél, lefekvésnél, leülésnél és járásnál
	6. o gyógyszerek beadása
	7. o kötések és kötszerek felhelyezése
	8. o szubkután inzulininjekciók és szubkután injekciós véralvadásgátló gyógyszerekbeadása
	9. o kapilláris vérvétel a vércukorszint tesztcsík segítségével történő meghatározására
	10. o egyszerű hő- és fénykezelések
	11. o egyéb olyan ápolási vagy orvosi tevékenység, amennyiben az a fent nevezett tevékenységekhezhasonló nehézségi szintet és hasonló szükséges gondosságot igényel. Ehhez a más orvosi vagy ápolási tevékenységekhez tartoznak:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Összesen (a 3. pont alatt) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tevékenység került megjelölésre. |
| 1. **Az alábbi kérdéseket egy egészségügyi szakember (orvos vagy a kiemelt egészségügyi és betegápolási szolgálat tagja** – **például**

„diplomás egészségügyi és betegápolónő "/" diplomás egészségügyi és betegápoló "-**) magyarázza el és tölti ki a szerződő felek jelenlétében:** |
| * 1. **Az egészségügyi szakember személyes adatai**
 |
| Az egészségügyi szakember neve: | Cím / Munkavégzés helye: |
| Születési idő: | Telefonszám: |
| * 1. **Az ápolási tevékenységek átruházása (Egészségügyi és betegápolási törvény (Gokig) 3b. § (2)) az ápolást végző cégre:**

Az alábbi tevékenységek **orvosi szempontból olyan körülmények, amelyek miatt az ápolást végző cég tevékenységének ellátásához** az egészségügyi szakember **rendelkezése kötelező:** |
| A 3.1. ponthoz Segítség a szájon át történő táplálék- és folyadékbevitelnél, valamint a gyógyszerbeadásnál |
| * igen
 | * nem
 |
| A 3.2. ponthoz segítség testápolásnál |
| * igen
 | * nem
 |
| A 3.3. ponthoz segítség felöltözésnél és levetkőzésnél |
| * igen
 | * nem
 |
| A 3.4 ponthoz a WC vagy toalett szék használatánál, beleértve az inkontinenciatermékek cseréjénél nyújtott segítség |
| * igen
 | * nem
 |
| A 3.5 ponthoz segítség felkelésnél, lefekvésnél, leülésnél és járásnál |
| * igen
 | * nem
 |
| Összesen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (a 4.2. pont alatt) tevékenységnél került megjelölésre **"Igen"**. |
| **4.3 A 4.2. pontból következnek megfelelő egyeztetés után az alábbi szükséges rendelkezések:** |
| * 1. **Az alábbi kiegészítő ápolási intézkedések (GuKG 14. § 2. bekezdés 4. pont) elvégzését rendelték el:**
 |
| * 1. **A fenti rendelkezés(ek) tartama 4.2-től 4.4 pontok szerint:**
* érvényességi idő, beleértve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* határozatlan időre szóló

**MEGJEGYZÉS:** Minden esetben megszűnik a rendelkezés az ápolási jogviszony megszűnésével!A rendelkezés bármikor **írásban visszavonható,** ha ez minőségbiztosítási okból vagy az ápolást igénylő személy állapotának változása miatt szükséges. Indokolt esetben, és feltéve, hogy megállapíthatóan egyértelmű és a kétséget kizáró, akkor a visszavonás szóban is történhet. Ezekben az esetekben a visszavonást haladéktalanul, de legkésőbb 24 órán belül, írásban dokumentálni kell. |
| * 1. **A tevékenységek átruházása orvosi rendelkezésnek megfelelően az ápolást végző cégre (GuKG15. § (6), orvosokról szóló törvény (ÄrzteG) 50b. §):**
 |
| A 3.6. ponthoz a gyógyszerek beadása A 3.7. ponthoz kötések és kötszerek felhelyezése A 3.8. ponthoz szubkután inzulininjekciók és szubkután injekciós véralvadásgátló gyógyszerekbeadása A 3.9. ponthoz kapilláris vérvétel a vércukorszint tesztcsík segítségével történő meghatározására A 3.10. ponthoz egyszerű hő- és fénykezelésekA 3.11. ponthoz egyéb olyan ápolási vagy orvosi tevékenység, amennyiben az a fent nevezett tevékenységekhezhasonló nehézségi szintet és hasonló szükséges gondosságot követel meg. Ehhez az egyéb orvosi tevékenységhez tartozik:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Összesen (a 4.6. pont alatt) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tevékenység került megjelölésre.**Megjegyzés**: A kiemelt egészségügyi és betegápolási szolgálat tagja jogosult a hatáskörébe tartozó tevékenységi körök keretében az orvosi rendelkezéseknek megfelelően - a felelőssége alá tartozó tevékenységi körökre vonatkozó szabályok alkalmazásával – a GuKG 15. § (1)-(4) bekezdései alapján egyes esetekben az alábbi tevékenységeket az (GuKG 3b. § értelmében) ápolást végző cégnek átadni. |
| * 1. **A 4.6. pontból következnek - megfelelő egyeztetés után - az alábbi szükséges rendelkezések:**
 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. **A 4.6. és 4.7. pontban foglalt rendelkezés időtartama**:
* érvényességi idő, beleértve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* határozatlan időre szóló

**MEGJEGYZÉS:** Minden esetben megszűnik a rendelkezés az ápolási jogviszony megszűnésével! A rendelkezés bármikor **írásban visszavonható,** ha ez minőségbiztosítási okból vagy az ápolást igénylő személy állapotának változása miatt szükséges. Indokolt esetben, és feltéve, hogy megállapíthatóan egyértelmű és a kétséget kizáró, akkor a visszavonás szóban is történhet. Ezekben az esetekben a visszavonást haladéktalanul, de legkésőbb 24 órán belül, írásban dokumentálni kell. |
| 1. **Az ápolást végző cég képesítésének és felhatalmazásának igazolása**

Igazoljuk, hogy az ápolást végző cég adott esetben* ezekkel a **képesítésekkel rendelkezik**, melyek az egyszerű és az orvosi rendelkezéssel átruházott ápolási tevékenységek gyakorlásához **szükségesek**, és
* amelyeket egészségügyi szakemberek **a szükséges mértékben** az egyszerű és az orvosi rendelkezéssel átruházott ápolási tevékenységek konkrét megvalósítására vonatkozóan **utasította** és képezte ki.
 |
| 1. **Megállapodás a tevékenységekre vonatkozóan és a rendelkezés(ek) megerősítése**
 |
| **Az egészségügyi szakember** kijelenti, hogy a fenti pontosítást, mely valamennyi kiadott rendelkezést, útmutatást és tájékoztatást gondosan, lelkiismeretesen és teljeskörűen figyelembe vett, továbbá minden egyes, nem orvosi utasításra történt változtatást írásban vagy szóban (legkésőbb 24 órán belül írásba kell foglalni) közöl az ápolást végző céggel.Megállapításra kerül, hogy az ellátást nyújtó a GuKG 3b. § (6) bekezdése szerint köteles:o az elrendelt tevékenységek végrehajtását megfelelően és rendszeresen dokumentálni, és a dokumentációt az ápolt személyt ápoló és kezelő egészségügyi személyzet számára hozzáférhetővé tenni, valaminto a megrendelő egészségügyi szakembert haladéktalanul tájékoztatni minden olyan információról, amely a megrendelés szempontjából fontos lehet, különösen az ápolandó személy állapotában bekövetkezett változásokról vagy az ápolási tevékenység megszakításáról. |
| **Aláírás:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(egészségügyi szakember) | **Kelt (hely, idő):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **MEGJEGYZÉS:** Az ápolást végző cégnek lehetősége van elutasítani az ápolási vagy orvosi tevékenységek/szolgáltatásnyújtás átvételét vagy az arról szóló megállapodást (akkor is, ha ezek szükségesek!). |
| **Aláírás:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ápolást végző cég)  | **Kelt (hely, idő):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Aláírás:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(megbízó) |  **Kelt (hely, idő):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |