|  |
| --- |
| **P a p i l d i n ā j u m i ./ B-2**(uz aprūpes līgumu)Medicīnas pakalpojumu nepieciešamība |
| 1. **Aprūpējamās personas personīgie dati**
 |
| Vārds: | Adrese: |
| Dzimšanas datums: | E-pasts: |
| Tālruņa numurs: | Fakss: |
| 1. **Līguma partnera personīgie dati**
 |
| * 1. **Līgumslēdzējs**
 |
| * **Aprūpes persona**
* **Aprūpējamās personas pārstāvis**(Piemēram, pieaugušas personas pārstāvība, likumiskā pārstāvis u.c.)
* **Vēl viens cilvēks piedalās cilvēka aprūpē** (Piemēram, piederīgie, uzticības persona)
 |
| Vārds: | Dzimšanas datums: |
| Adrese: | Aprūpes aizstāšanas ziņojums / (iepriekšējas raizes) tiesas lēmums (piem., pieaugušas personas pārstāvja pilnvarošana):(pilnvara ir jāsaglabā kā kopija) |
| Tālruņa numurs: | E-pasts: |
| Fakss: |
| * 1. **Darba ņēmējs (aprūpes uzņēmums)**
 |
| Vārds / Uzņēmums: | Dzimšanas datums |
| Adrese / Komercdarbības veikšanas vieta: | E-pasts: |
| Fakss: | Tālruņa numurs: |
| 1. **Par šādām darbībām ir panākta vienošanās:**
	1. Palīdzība orālai ēdiena vai dzēriena ievadei, kā arī orālai medikamentu lietošanai uzturā;
	2. o Palīdzība saistībā ar ķermeņa aprūpi;
	3. o palīdzība saģērbjoties un izģērbjoties;
	4. o palīdzība, izmantojot tualti vai podiņu, vai arī palīdzība, nomainot autiņbiksītes;
	5. o atbalsts, pieceļoties kājās, apguļoties, apsēžoties un ejot;
	6. o zāļu pārvalde
	7. o pārsēju un bandāžu uzlikšana
	8. o zemādas insulīna injekcijas un asins antikoagulanta injekcijas
	9. o asins kapilāru asins glikozes līmeņa monitorēšana, izmantojot testa noteikšanu no uztriepes
	10. o vienkārša apkures un gaismas pieejamība
	11. o kāda cita medicīniska darbība, kamēr tā ir salīdzināma ar iepriekš nosauktajām darbībām Šajā medicīnas un aprūpes jomš:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kopā tika (zem Pkt 3.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atzīmētas darbības. |
| 1. **Sekojošie jautājumi ir jāuzdod un jāizskaidro** -veselības speciālistiem (ārstam vai veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam- **, diplomētai slimnieku aprūpes māsai vai kopējam):**
 |
| * 1. **Medicīniskā personāla personīgie dati**
 |
| Medicīniskā personāla vārds: | Adrese / atrašanās vieta: |
| Dzimšanas datums: | Tālruņa numurs: |
| * 1. **Nodot vienkāršu māsu darbības (ir § 3 para 2 GuKG) pārvaldības uzņēmumam:**

Konkrētas darbības **no medicīniskā viedokļa veido aspektus, kuru dēļ to personas aprūpētājam** izpilde ir vēlama ar medicīnas **personāla** uzraudzību: |
| Uz 3.1 Palīdzība orālai ēdiena vai dzēriena ievadei, kā arī orālai medikamentu lietošanai uzturā |
| * Jā
 | * Nē
 |
| Uz 3.2. Palīdzība ķermeņa kopšanā |
| * Jā
 | * Nē
 |
| Uz 3.3. Atbalsts saģērbjoties un izģērbjoties |
| * Jā
 | * Nē
 |
| Uz 3.4. Palīdzība, izmantojot tualeti vai podiņu, vai arī palīdzība, nomainot autiņbiksītes; |
| * Jā
 | * Nē
 |
| Uz 3.5. Atbalsts, pieceļoties kājās, apguļoties, apsēžoties un ejot |
| * Jā
 | * Nē
 |
| Kopā ar **"jā"** tika atzīmētas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4.2 punktā minētās darbības. |
| * 1. **No 4.2. punkta izriet sekojoši precizējumi:**
 |
| * 1. **Šādi papildu aprūpes pasākumi (§ 14 ABS 2 Z 4 GuKG) tiek piemēroti:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| * 1. **Piemērošanas ilgums saskaņā ar 4.2. – 4.4.:**
* ierobežots līdz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* neierobežots

**PIEZĪME:** vienošanās katrā gadījumā beidzas ar aprūpes līguma beigām!No vienošanās jebkurā brīdī **var** atteikties rakstiski, kad apkopes kvalitātes vai aprūpējamā stāvokļa pasliktināšanās dēļ dar ir pieļaujams. Attiecīgi pamatotos gadījumos atcelšanu var nokārtot arī mutiski. Šajos gadījumos atcelšana ir jāveic bez kavēšanās, vēlākais, dokumentējot 24 stundu laikā. |
| * 1. **Medicīnisku darbību pārņemšana aprūpes uzņēmumā (§ 15 Abs 6 GuKG, 50. b § ÄrzteG):**
 |
| Uz 3.6. o ārstniecības līdzekļu pārvalde Uz 3.7. o pārsēju un bandāžu uzlikšana Uz 3.8. o zemādas insulīna injekcijas un asins antikoagulanta injekcijas Uz 3.9. o asins kapilāru asins glikozes līmeņa monitorēšana, izmantojot testa noteikšanu no uztriepes Uz 3.10. o vienkāršas apkures un apgaismojuma pieteikumiUz 3.11. o kāda cita medicīniska darbība, kamēr tā ir salīdzināma ar iepriekš nosauktajām darbībām Šajā citas medicīniskās darbības ir:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kopā tika (saskaņā ar 4.6. punktu) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atzīmētas darbības.**Padoms**: Kā daļu no kopīgi atbildīgas aktivitātes zonas dalībnieki, kas saņem augstākos veselības un medicīniskās aprūpes pakalpojumus, ir tiesīgi pārņemt ārsta funkcijas saskaņā ar noteikumiem par līdzatbildīgiem darbības saskaņā ar § 15 para. 1. līdz 4. darbības aprūpes uzņēmumu atsevišķos gadījumos. |
| * 1. **No 6. punkta izriet sekojoši precizējumi:**
 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * 1. **Vienošanās ilgums saskaņā ar 4.6. un 4.7. p.**:
* ierobežots līdz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* neierobežots

**PIEZĪME:** vienošanās katrā gadījumā beidzas ar aprūpes līguma beigām! No vienošanās jebkurā brīdī **var** atteikties rakstiski, kad apkopes kvalitātes vai aprūpējamā stāvokļa pasliktināšanās dēļ dar ir pieļaujams. Attiecīgi pamatotos gadījumos atcelšanu var nokārtot arī mutiski. Šajos gadījumos atcelšana ir jāveic bez kavēšanās, vēlākais, dokumentējot 24 stundu laikā. |
| 1. **Prasmju demonstrēšana un aprūpes uzņēmuma norādījumi**

 Ir apstiprināts, ka pakalpojumu uzņēmums* rūpējas par tām **darbībām**, kuras pēc veselības speciālistu atļaujas viņiem ir **atļauts veikt** un
* medicīniskais personāls **pietiekošā apmērā** ir informējis par medicīniskās aprūpes sniegšānu, **kā arī** instruējis.
 |
| 1. **Vienošanās par darbībām un atļaujas apstiprinājums**
 |
| **Medicīniskais personāls skaidro** augstāk minētās prasības, ka ir pilntiesīgi piekrituši minētajām atrunām un instruktāšām, kā arī mutiski vai rakstiski (vēlākais ar rakstisku ziņojumu 24 stundu laikā) nodot pilnvaras aprūpes uzņēmumam.Tiek noteikts, ka **saskaņā ar Veselības un medicīniskās aprūpes likuma 3.b°iedaļas 6.°punktu aprūpes uzņēmumam ir pienākums*** pienācīgi un regulāri dokumentēt pasūtīto pakalpojumu izpildi un padarīt dokumentāciju pieejamu medicīnas personālam, kas aprūpē un ārstē aprūpējamo personu;
* nekavējoties sniegt šeit norīkotajam veselības aprūpes speciālistam visu informāciju, kurai varētu būt izšķiroša nozīme pacienta kopšanā, jo īpaši par aprūpējamās personas stāvokļa izmaiņām vai aprūpes pakalpojuma sniegšanas pārtraukšanu.
 |
| **paraksts:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Veselības aprūpes speciālistiem) | **Vieta, datums:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PIEZĪME:** Aprūpes uzņēmumam ir iespēja atteit ārstniecisko pienākumu veikšanu (pat tad, ja tās ir nepieciešamas!). |
| **Paraksts:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Aprūpes uzņēmums) |  **Vieta, datums**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Paraksts:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(klients) | **Vieta, datums**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |