|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Załącznik /B 2** (do umowy o świadczenie usług opiekuńczych)  Konieczność stosowania się do zaleceń lekarskich | | | | | |
| 1. **Dane osobowe osoby wymagającej opieki** | | | | | |
| Imię i nazwisko: | | Adres: | | | |
| Data urodzenia: | | Adres e-mail: | | | |
| Numer telefonu: | | Faks: | | | |
| 1. **Dane osobowe kontrahenta** | | | | | |
| * 1. **Zleceniodawca** | | | | | |
| * **Osoba wymagająca opieki** * **Przedstawiciel działający w imieniu osoby wymagającej opieki** (np. zarządca, przedstawiciel prawny, osoba upoważniona przez pacjenta itp.) * **Inna osoba działająca na rzecz osoby wymagającej opieki** (np. krewny, zaufana osoba) | | | | | |
| Imię i nazwisko: | | Data urodzenia: | | | |
| Adres: | | W przypadku reprezentowania dowód upoważnienia  (kuratela / postanowienie sądu opiekuńczego (np. wezwanie zarządcy): (należy dołączyć kopię dowodu) | | | |
| Numer telefonu: | | Adres e-mail: | | | |
| Faks: | |
| * 1. **Wykonawca (firma świadcząca usługi opiekuńcze)** | | | | | |
| Imię i nazwisko / Nazwa firmy: | | Data urodzenia | | | |
| Adres / siedziba: | | Adres e-mail: | | | |
| Faks: | | Numer telefonu: | | | |
| 1. **Należy uzgodnić następujące działania i czynności:**    1. o pomoc przy doustnym przyjmowaniu jedzenia i picia oraz przy zażywaniu leków    2. o pomoc w utrzymywaniu higieny osobistej i pielęgnacji ciała    3. o pomoc przy ubieraniu i rozbieraniu    4. o pomoc przy korzystaniu z toalety lub krzesła sanitarnego, włącznie z pomocą przy zmianie  pieluch / pieluchomajtek / wkładów na nietrzymanie moczu    5. o pomoc przy wstawaniu, kładzeniu się, siadaniu i chodzeniu    6. o podawanie leków    7. o zakładanie bandaży i opatrunków    8. o podawanie podskórnych zastrzyków z insuliną i podskórnych zastrzyków z leków przeciwzakrzepowych    9. o pobieranie krwi z palca w celu określenia poziomu glukozy za pomocą pasków testowych    10. o obsługa ogrzewania i oświetlenia    11. o inne pojedyncze czynności pielęgnacyjne lub medyczne, o ile stopień ich trudności jest porównywalny z wyżej wymienionymi czynnościami,  jak również porównywalnymi wymaganiami dotyczącymi należytej staranności. W  przypadku innych czynności pielęgnacyjnych lub medycznych chodzi o:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Łącznie (w punkcie 3) zaznaczono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ czynności. | | | | | |
| 1. **Poniższe pytania powinien objaśnić i wypełnić specjalistyczny personel medyczny**   **(lekarz lub przedstawicieli służby zdrowia / placówki opiekuńczej,** jak np.dyplomowana pielęgniarka”/“dyplomowany opiekun osób zdrowych/chorych“-**w obecności stron umowy:** | | | | | |
| * 1. **Dane osobowe specjalistycznego personelu medycznego** | | | | | |
| Imię i nazwisko specjalistycznego personelu medycznego: | | | | Adres / Miejsce zatrudnienia: | |
| Data urodzenia: | | | | Numer telefonu: | |
| **4.2. Przekazanie prostych czynności pielęgnacyjnych (iS § 3b ust. 2 GuKG) firmie świadczącej usługi opiekuńcze:**  W przypadku wymienionych poniżej czynności **z medycznego punktu widzenia zachodzą okoliczności,**  **z powodu których ich wykonywanie przez firmę świadczącą usługi opiekuńcze wymaga zalecenia** przez specjalistyczny personel medyczny: | | | | | |
| Odnośnie 3.1 - pomoc przy doustnym przyjmowaniu jedzenia i picia oraz przy zażywaniu leków | | | | | |
| * tak | * nie | | | | |
| Odnośnie 3.2 - pomoc przy utrzymywaniu higieny osobistej i pielęgnacji ciała | | | | | |
| * tak | * nie | | | | |
| Odnośnie 3.3. - pomoc przy ubieraniu i rozbieraniu | | | | | |
| * tak | * nie | | | | |
| Odnośnie 3.4 - pomoc przy korzystaniu z toalety lub krzesła sanitarnego, włącznie z pomocą przy zmianie pieluch /pieluchomajtek /wkładów na nietrzymanie moczu | | | | | |
| * tak | * nie | | | | |
| Odnośnie 3.5 - pomoc przy wstawaniu, kładzeniu się, siadaniu i chodzeniu | | | | | |
| * tak | * nie | | | | |
| Łącznie (w pkt 4.2.) dla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ czynności zaznaczono odpowiedź **„tak“**. | | | | | |
| * 1. **Z punktu 4.2 po odpowiednim rozważeniu wynikają następujące wymagane zalecenia:** | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * 1. **Zalecone zostaje wykonywanie następujących dodatkowych czynności pielęgnacyjnych/opiekuńczych (§ 14 ust. 2 Z 4 GuKG):**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| * 1. **Okres obowiązywania powyższych zaleceń wg. pkt 4.2. do 4.4. :** * ograniczony czasowo do (włącznie):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * bez ograniczeń czasowych   **UWAGA:** W każdym razie zalecenie kończy się wraz z ustaniem stosunku pracy opiekuńczej!Zalecenie może zostać w dowolnym momencie **odwołane na piśmie**, gdy zachodzi taka potrzeba z powodów związanych z zapewnieniem jakości lub zmianą stanu osoby wymagającej opieki. W uzasadnionych przypadkach i pod warunkiem zapewnienia jasności i braku wątpliwości, odwołanie może również nastąpić ustnie. W tych przypadkach odwołanie zalecenia musi zostać niezwłocznie udokumentowane, najpóźniej w ciągu 24 godzin. | | | | | |
| * 1. **Przekazanie czynności zgodnych z zaleceniami lekarskimi firmie świadczącej usługi opiekuńcze (§ 15 ust. 7 GuKG, § 50b ÄrzteG):** | | | | | |
| Odnośnie 3.6. o podawanie leków  Odnośnie 3.7 o zakładanie bandaży i opatrunków  Odnośnie 3.8 o podawanie podskórnych zastrzyków z insuliną i podskórnych zastrzyków z leków przeciwzakrzepowych  Odnośnie 3.9 o pobieranie krwi z palca w celu określenia poziomu glukozy za pomocą pasków testowych  Odnośnie 3.10 o prosta obsługa ogrzewania i oświetlenia  Odnośnie 3.11 o inne pojedyncze czynności pielęgnacyjne lub medyczne, o ile stopień ich trudności jest porównywalny z wyżej wymienionymi czynnościami,  jak również porównywalnymi wymaganiami dotyczącymi należytej staranności. W przypadku takiej innej   czynności medycznej chodzi o:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Łącznie (w pkt 4.6.) zaznaczono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ czynności.  **wskazówka**: W ramach działań wiążących się ze współodpowiedzialnością przedstawiciele służby zdrowia / placówki opiekuńczej są upoważnieni,  zgodnie z zaleceniami lekarskimi odpowiadającymi regulacjom dot. czynności wiążących się ze współodpowiedzialnością wg § 15 ust. 1 do 4 GuKG do dalszego przekazywania następujących czynności - w poszczególnych przypadkach  - firmie świadczącej usługi opiekuńcze (w myśl § 3b GuKG). | | | | | |
| * 1. **Z pkt 4.6 po odpowiednim rozważeniu wynikają następujące wymagane zalecenia:** | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| * 1. **Okres obowiązywania zalecenia wynikającego z pkt 4.6. i 4.7.**: * ograniczony czasowo do (włącznie):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * bez ograniczeń czasowych   **UWAGA:** W każdym razie zalecenie kończy się wraz z ustaniem stosunku pracy opiekuńczej! Zalecenie może zostać w dowolnym momencie **odwołane na piśmie** , gdy zachodzi taka potrzeba z powodów związanych z zapewnieniem jakości lub zmianą stanu osoby wymagającej opieki. W uzasadnionych przypadkach i pod warunkiem zapewnienia jasności i braku wątpliwości, odwołanie może również nastąpić ustnie. W tych przypadkach odwołanie zalecenia musi zostać niezwłocznie udokumentowane, najpóźniej w ciągu 24 godzin. | | | | | |
| 1. **Wykazanie kwalifikacji i otrzymania instruktażu przez firmę świadczącą usługi opiekuńcze**   Niniejszym potwierdza się, że firma świadcząca usługi opiekuńcze w danym przypadku   * dysponuje **umiejętnościami** wymaganymi do wykonywania prostych czynności pielęgnacyjnych lub czynności zleconych przez lekarza i * została poinstruowana przez specjalistyczny personel medyczny **w wymaganym zakresie** konkretnego wykonywania prostych czynności pielęgnacyjnych lub czynności zaleconych przez lekarza. | | | | | |
| 1. **Uzgodnienie czynności i potwierdzenie zaleceń** | | | | | |
| **Specjalistyczny personel medyczny** deklaruje, iż przekaże wyżej wymienione objaśnienia, dotyczące starannego,  sumiennego i kompletnego wykonywania ewentualnych wydanych zaleceń i instrukcji, ponadto poinformuje firmę świadczącą usługi opiekuńcze o każdej zmianie zaistniałej z powodów innych niż zalecenia lekarskie na piśmie bądź ustnie  (w tym ostatnim przypadku pisemne potwierdzenie musi nastąpić w ciągu 24 godzin). | | | | | |
| **Podpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specjalistyczny personel medyczny) | | | | | **Miejscowość, data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **UWAGA:** Firma świadcząca usługi opiekuńcze ma możliwość odrzucenia przejęcia lub uzgodnienia czynności pielęgnacyjnych lub medycznych (nawet jeżeli są one konieczne!). | | | | | |
| **Podpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (firma świadcząca usługi opiekuńcze) | | | **Miejscowość, data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  | | | | | |
| **Podpis (zleceniodawca):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(osoba wymagająca opieki / przedstawiciel) | | | | | **Miejscowość, data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |