|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **P ř í l o h a ./B2** (ke smlouvě o poskytování péče)  Nutnost lékařských nařízení | | | |
| 1. **Osobní údaje svěřené osoby** | | | |
| Jméno: | Adresa: | | |
| Datum narození: | E-mail: | | |
| Telefonní číslo: | Fax: | | |
| 1. **Osobní údaje smluvního partnera** | | | |
| * 1. **Zadavatel** | | | |
| * **Svěřená osoba** * **Zastoupení ve jménu svěřené osoby**  (např. opatrovník, právní zastoupení atd.) * **Jiná osoba ve prospěch svěřené osoby** (např. příbuzný, osoba blízká) | | | |
| Jméno: | Datum narození: | | |
| Adresa: | V případě zastoupení příslušný doklad/(preventivní) plná moc, rozhodnutí opatrovnického soudu (např. stanovení opatrovníka): (doklad je třeba přiložit v kopii) | | |
| Telefonní číslo: | E-mail: | | |
| Fax: |  | | |
| * 1. **Dodavatel (pečovatelská společnost)** | | | |
| Jméno/společnost: | Datum narození | | |
| Adresa / sídlo: | E-mail: | | |
| Fax: | Telefonní číslo: | | |
| 1. **Tyto činnosti musejí být dohodnuty:**    1. o podpora při perorálním příjmu potravy a tekutin a užívání léků;    2. o pomoc při péči o tělo;    3. o pomoc při oblékání a svlékání;    4. o pomoc při použití toalety či toaletní židle a pomoc při výměněinkontinenčních produktů;    5. o pomoc při vstávání, ulehání, sedání a chůzi;    6. o podávání léků    7. o nasazování obvazů a bandáží    8. o podávání podkožních injekcí inzulínu a subkutánních injekcí léků na ředění krve    9. o odběry krve z kapiláry pro stanovení hladiny cukru v krvi pomocí testovacího proužku    10. o jednoduché ohřívací a světelné apliace    11. o další jednotlivé pečovatelské nebo lékařské činnosti, pokud jsou s výše uvedenými činnostmi  srovnatelné stupněm obtížnosti a vykazují srovnatelné nároky na nutnou péči. V případě  těchto dalších jednotlivých pečovatelských nebo lékařských činností se jedná o:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Celkem bylo (v bodě 3.) zaškrtnuto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ činností. | | | |
| 1. **Následující otázky musí se souhlasem obou smluvních stran objasnit a vyplnit lékařský personál (lékař nebo** diplomované zdravotní sestra,  **příp. diplomovaný pečovatel:** ) | | | |
| * 1. **Osobní údaje zdravotnického personálu** | | | |
| Jméno člena zdravotnického personálu: | Adresa/místo: | | |
| Datum narození: | Telefonní číslo: | | |
| **4. 2. Přenesení jednoduchých ošetřovatelských činností (§ 3b odst. 2 GuKG) na pečovatelskou službu:**  U následujících činností nastaly **z lékařského hlediska okolnosti, na základě kterých je pro jejich výkon** pečovatelskou službou **potřebné** nařízení lékařského personálu: | | | |
| K 3.1 podpora při perorálním příjmu potravy a tekutin a užívání léků; | | | |
| * ano | | | * ne |
| K 3.2. pomoc při osobní péči | | | |
| * ano | | | * ne |
| K 3.3 pomoc při oblékání a svlékání; | | | |
| * ano | | | * ne |
| K 3.4 pomoc při použití toalety nebo toaletní židle a pomoc při výměně inkontinenčních produktů; | | | |
| * ano | | | * ne |
| K 3.5 pomoc při vstávání, ulehání, sedání a chůzi; | | | |
| * ano | | | * ne |
| Celkem bylo (v bodě 4.2.) zaškrtnuto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ činností . | | | |
| **4.3. Z bodu 4.2. vyplývají následující potřebná nařízení:** | | | |
| * 1. **Nařizuje se provedení následujících pečovatelských opatření (§ 14 odst. 2 Z 4 GuKG):** | | | |
| * 1. **Doba trvání nařízení podle bodů 4.2. až 4.4.:** * omezena do (včetně): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * bez časového omezení   **UPOZORNĚNÍ:** Toto nařízení ztrácí platnost při ukončení smluvního vztahu!Nařízení může být kdykoli **písemně odvoláno**, pokud je to nutná na základě zajištění kvality nebo změny zdravotního stavu svěřené osoby. V odůvodněných případech, a pokud je zajištěna jednoznačnost a nezpochybnitelnost, může k odvolání dojít i ústně. V těchto případech je třeba odvolání bez odkladu doložit písemně, nejpozději však do 24 hodin. | | | |
| **4.6. Přenesení činností na základě léakřského nařízení na pečovatelskou službu (§ 15 odst. 6 GuKG, § 50b ÄrzteG):** | | | |
| K 3.6 o podávání léků  K 3.7 o nasazování obvazů a bandáží  K 3.8 o podávání podkožních injekcí inzulínu a subkutánních injekcí léků  na ředění krve  K 3.9 o odběry krve z kapiláry pro stanovení hladiny cukru v krvi pomocí testovacího proužku  K 3.10 o jednoduché ohřívací a světelné apliace  K 3.11 o další jednotlivé lékařské činnosti, pokud jsou s výše uvedenými činnostmi  srovnatelné stupněm obtížnosti a vykazují srovnatelné nároky na nutnou péči. V případě  těchto dalších jednotlivých lékařských činností se jedná o:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Celkem bylo (v bodě 4.6.) zaškrtnuto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ činností.  **Upozornění**: V rámci spoluodpovědné oblasti činností jsou příslušníci zdravotnického personálu oprávněni pna základě lékařského nařízení a ve shodě s ustanoveními o spoluodpovědné oblasti činností podle § 15 odst. 1 až 4 GuKG přenášet následující činnosti v jednotlivých případech na pečovatelskou službu (ve smyslu § 3b GuKG). | | | |
| * 1. **Z bodu 4.6: vyplývají následující potřebná nařízení:** | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| * 1. **Doba trvání nařízení podle bodů 4.6. a 4.7..**: * omezena do (včetně): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * bez časového omezení   **UPOZORNĚNÍ:** Toto nařízení ztrácí platnost při ukončení smluvního vztahu! Nařízení může být kdykoli **písemně odvoláno**, pokud je to nutná na základě zajištění kvality nebo změny zdravotního stavu svěřené osoby. V odůvodněných případech, a pokud je zajištěna jednoznačnost a nezpochybnitelnost, může k odvolání dojít i ústně. V těchto případech je třeba odvolání bez odkladu doložit písemně, nejpozději však do 24 hodin. | | | |
| 1. **Doklad o způsobilosti pečovatelské služby**   Potvrzuje se, že pečovatelská služba   * **disponuje všemi schopnostmi**, které jsou **potřebné pro výkon jednoduchých nebo, v případě příslušného lékařského nařízení, přenesených pečovatelských činností** a * byla zdravotnickým personál **v dostatečném rozsahu** poučena o konkrétním postupu při provádění jednoduchých nebo, v případě příslušného lékařského nařízení**,** přenesených pečovatelských činností. | | | |
| 1. **Dohoda na činnostech a potvrzení o nařízení(ch)** | | | |
| **Odborný zdravotnický personál** prohlašuje, že výše uvedené vysvětlení, vydaná nařízení, pokyny a návody provedl pečlivě, svědomitě a kompletně a jakékoli změny, které nevyplývají z lékařských nařízení, neprodleně oznámí pečovatelské službě, a to písemnou nebo ústní cestou (k ústnímu způsobu je třeba do 24 hodin dodat písemný doklad).  Platí, že **pečovatelská služba je v souladu s § 3b odst. 6 zákona GuKG povinna**   * dostatečně a pravidelně dokumentovat provádění nařízených činností a zpřístupňovat dokumentaci zdravotnickým pracovníkům, kteří pečují a ošetřují osobu vyžadující péči.a * neprodleně sdělit zdravotnickému personálu veškeré informace, které by mohly mít pro ustanovení význam, zejména změny stavu osoby vyžadující péči nebo přerušení pečovatelské činnosti. | | | |
| **Podpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (odborný lékařský personál) | | **Místo, datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **UPOZORNĚNÍ:** Pečovatelská služba má možnost odmítnout převzetí pečovatelských nebo lékařských činností/služeb (i pokud jsou nutné!). | | | |
| **Podpis:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (pečovatelská služba) | | **Místo, datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | | | |
| **Podpis:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(zadavatel ) | | **Místo, datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |