|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P r í l o h a ./B 2** (k zmluve o opatrovateľskej službe)  Nevyhnutnosť zdravotníckych pokynov | | | | | |
| 1. **Osobné údaje opatrovanej osoby** | | | | | |
| Meno: | | | Adresa: | | |
| Dátum narodenia: | | | E-mail: | | |
| Telefónne číslo: | | | Telefax: | | |
| 1. **Osobné údaje zmluvného partnera** | | | | | |
| * 1. **Objednávateľ:** | | | | | |
| * **Opatrovaná osoba** * **Zástupca v mene opatrovanej osoby**  (Napríklad zástupca dospelej osoby, k, zákonný zástupca, ~~opatrovateľský splnomocnenec~~ atď.) * **Iná osoba zo strany opatrovanej osoby** (napr. rodinný príslušník, dôverník) | | | | | |
| Meno: | | | Dátum narodenia: | | |
| Adresa: | | | V prípade zastupovania doklad o právomoci na zastupovanie / plná moc (na opatrovanie) / rozhodnutie opatrovníckeho súdu (napr. menovanie zástupcu dospelej osoby):  (priložená je kópia dokladu) | | |
| Telefónne číslo: | | | E-mail: | | |
| Telefax: | | |
| * 1. **Dodávateľ (poskytovateľ opatrovateľskej služby)** | | | | | |
| Priezvisko / Firma: | | | Dátum narodenia: | | |
| Adresa / sídlo: | | | E-mail: | | |
| Telefax: | | | Telefónne číslo: | | |
| 1. **Musia byť dohodnuté nasledujúce činnosti:**    1. o podpora pri orálnom príjme potravín a tekutín a pri užívaní liekov    2. o podpora pri osobnej hygiene    3. o podpora pri obliekaní a vyzliekaní    4. o podpora pri používaní WC alebo stolčeka s nočníkom vrátane pomoci pri výmene  inkontinenčných pomôcok    5. o podpora pri vstávaní, líhaní, sadaní a pri chôdzi    6. o podávanie liekov    7. o nasadzovanie bandáží a obväzov    8. o podávanie subkutánnych inzulínových injekcií a subkutánnych injekcií liekov na zníženie zrážanlivosti krvi    9. o odber kapilárnej krvi na stanovenie hladiny glukózy v krvi pomocou testovacích prúžkov    10. o jednoduché aplikácie tepla a svetla    11. o ďalšia individuálna ošetrovateľská alebo lekárska činnosť, pokiaľ je pri vyššie uvedených činnostiach  vykazovaný podobný stupeň náročnosti, a takisto porovnateľné požiadavky na potrebnú starostlivosť. Pri   tejto inej lekárskej alebo ošetrovateľskej činnosti ide o:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Celkovo bolo zaškrtnutých (v bode 3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ činností. | | | | | |
| 1. **Nasledujúce otázky musí vyjasniť a vyplniť zdravotnícky odborník (lekár alebo pracovník zdravotníckej alebo opatrovateľskej služby vyššej úrovne,** ako napr. diplomovaná zdravotníčka a zdravotná sestra/diplomovaný zdravotník a zdravotný ošetrovateľ) **v prítomnosti zmluvných strán:** | | | | | |
| * 1. **Osobné údaje zdravotníckeho pracovníka** | | | | | |
| Meno zdravotníckeho pracovníka: | | | | | Adresa / Miesto výkonu služby: |
| Dátum narodenia: | | | | | Telefónne číslo: |
| 4.2**. Prenesenie jednoduchých ošetrovateľských činností (v zmysle § 3b, odsek 2 Zákona o zdravotnej starostlivosti a starostlivosti o chorých) poskytovateľa opatrovateľskej služby:**  Pri nasledujúcich činnostiach **sú z lekárskeho hľadiska dané okolností, na základe ktorých je pri ich vykonávaní poskytovateľom opatrovateľskej služby nevyhnutný pokyn** zo strany zdravotníckeho pracovníka: | | | | | |
| K bodu 3.1. podpora pri orálnom príjme potravín a tekutín a pri užívaní liekov | | | | | |
| * áno | * nie | | | | |
| K bodu 3.2. podpora pri osobnej hygiene | | | | | |
| * áno | * nie | | | | |
| K bodu 3.3 podpora pri obliekaní a vyzliekaní | | | | | |
| * áno | * nie | | | | |
| K bodu 3.4. podpora pri používaní WC alebo stolčeka s nočníkom vrátane pomoci pri výmene inkontinenčných pomôcok | | | | | |
| * áno | * nie | | | | |
| K bodu 3.5. podpora pri vstávaní, líhaní, sadaní a pri chôdzi | | | | | |
| * áno | * nie | | | | |
| Celkom bolo zaškrtnuté „**áno**“ pri\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ činnostiach (v bode 4.2). | | | | | |
| * 1. **Z bodu 4.2. vyplývajú po dostatočnej diskusii nasledovné požadované pokyny:** | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * 1. **Nariaďuje sa vykonanie nasledujúcich ošetrovateľských opatrení (§ 14 ods. 2 r. 4 (Zákona o zdravotnej starostlivosti a starostlivosti o chorých):**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| * 1. **Doba trvania vyššie uvedeného pokynu podľa bodov 4.2 až 4.4:** * doba trvania do, vrátane: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * bez časového obmedzenia platnosti   **POZNÁMKA:** Platnosť nariadeného pokynu v každom prípade končí pri ukončení opatrovateľského vzťahu! Pokyn môže byť kedykoľvek **písomne odvolaný**, ak by to bolo potrebné z dôvodov zabezpečenia kvality alebo zmeny zdravotného stavu opatrovanej osoby. V odôvodnených prípadoch a za predpokladu, že je zaistená jasnosť a nepochybnosť, je možné aj odvolanie ústnou formou. V týchto prípadoch musí byť odvolanie bezodkladne, najneskôr však do 24 hodín, dokumentované aj v písomnej forme. | | | | | |
| 4.6 **Prenos činnosti na základe lekárskeho pokynu na poskytovateľa opatrovateľskej služby (§ 15 ~~ods. 7~~ Zákona o zdravotnej**  **starostlivosti a starostlivosti o chorých, § 50b Zákona o lekároch):** | | | | | |
| K bodu 3.6. o podávanie liekov  K bodu 3.7. o nasadzovanie bandáží a obväzov  K bodu 3.8. o podávanie subkutánnych inzulínových injekcií a subkutánnych injekcií liekov na zníženie zrážanlivosti krvi  K bodu 3.9. o odber kapilárnej krvi na stanovenie hladiny glukózy v krvi pomocou testovacích prúžkov  K bodu 3.10. o jednoduché aplikácie tepla a svetla  K bodu 3.11. o ďalšia individuálna ošetrovateľská alebo lekárska činnosť, pokiaľ vykazuje porovnateľný stupeň náročnosti a takisto porovnateľné požiadavky na potrebnú starostlivosť ako pri vyššie uvedených činnostiach. U týchto iných lekárskych činnostiach ide o:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Celkovo bolo zaškrtnutých (v bode 4.6.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ činností.  **Poznámka:** V rámci spoluzodpovednosti za okruh činností, sú príslušníci prioritnej služby poskytujúcej zdravotnícku a ošetrovateľskú činnosť oprávnení na základe pokynov lekára a v súlade s predpismi ďalej preniesť rozsah činností, za ktoré sú spoluzodpovední, v zmysle § 15, ods. 1 až 4 Zákona o zdravotnej starostlivosti a starostlivosti o chorých, v individuálnom prípade na poskytovateľa opatrovateľskej služby (v zmysle § 3b Zákona o zdravotnej starostlivosti a starostlivosti o chorých). | | | | | |
| * 1. **Z bodu 4.6. vyplývajú po dostatočnej diskusii nasledovné požadované pokyny:** | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| * 1. **Doba trvania nariadenia podľa bodov 4.6. a 4.7.** * doba trvania do, vrátane: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * bez časového obmedzenia platnosti   **POZNÁMKA:** Platnosť nariadeného pokynu v každom prípade končí pri ukončení opatrovateľského vzťahu! Pokyn môže byť kedykoľvek **písomne odvolaný**, ak by to bolo potrebné z dôvodov zabezpečenia kvality alebo zmeny zdravotného stavu opatrovanej osoby. V odôvodnených prípadoch a za predpokladu, že je zaistená jasnosť a nepochybnosť, je možné aj odvolanie ústnou formou. V týchto prípadoch musí byť odvolanie bezodkladne, najneskôr však do 24 hodín, dokumentované aj v písomnej forme. | | | | | |
| 1. **Doklad potvrdzujúci spôsobilosť a poučenie poskytovateľa opatrovateľskej služby s náležitou starostlivosťou**   Potvrdzuje, že poskytovateľ opatrovateľskej služby, podľa konkrétnych okolností,   * disponuje **tými zručnosťami, ktoré sú nevyhnutné** na vykonávanie jednoduchých alebo, na základe pokynu lekára, prenesených ošetrovateľských činností, a * bol odbornými zdravotníckymi pracovníkmi **v nevyhnutnom rozsahu inštruovaný a poučený** o vykonávaní jednoduchých, alebo na základe pokynu lekára prenesených ošetrovateľských činností. | | | | | |
| 1. **Dohoda o činnostiach a potvrdenie pokynu (pokynov)** | | | | | |
| **Odborný zdravotnícky pracovník** vyhlasuje, že vyššie uvedené vysvetlenie, všetky prípadne vydané pokyny, inštrukcie a poučenia boli vykonané starostlivo, svedomite a v plnom rozsahu, a takisto to, že každá zmena nevyplývajúca z lekárskeho pokynu bude bezodkladne oznámená poskytovateľovi opatrovateľskej služby písomne alebo ústne (v poslednom uvedenom prípade s písomným dokladom do 24 hodín).  Stanovuje sa, že **poskytovateľ opatrovateľskej služby je podľa § 3b ods.6 Zákona o zdravotnej starostlivosti a starostlivosti o chorých povinný:**  o dostatočne a pravidelne dokumentovať výkon nariadených činností a sprístupniť dokumentáciu odborému zdravotníckemu pracovníkovi, ktorý sa o osobu vyžadujúcu starostlivosť stará a ošetruje ju, ako aj  o bezodkladne poskytnúť všetky informácie tu určenému odbornému zdravotníckemu pracovníkovi, ktoré by mohli byť dôležité pre rozhodnutia, najmä zmeny informácie o zmene stavu osoby vyžadujúcej starostlivosť alebo o prerušení opatrovateľskej činnosti. | | | | | |
| **Podpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (odborný zdravotnícky pracovník) | | | | **Miesto, dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **POZNÁMKA:** Poskytovateľ opatrovateľskej služby má možnosť odmietnuť prevzatie alebo dohodu o ošetrovateľských alebo lekárskych činnostiach/službách (aj keď by boli nevyhnutné!). | | | | | |
| **Podpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (poskytovateľ opatrovateľskej služby) | | **Miesto, dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
|  | | | | | |
| **Podpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (objednávateľ) | | | | **Miesto, dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |