|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Д о д а т о к ./B 2** (до договору з надання послуг догляду)  Необхідність медичних розпоряджень | | | | | |
| 1. **Особисті дані особи, яка потребує догляду** | | | | | |
| П.І.Б.: | | | Адреса: | | |
| Дата народження: | | | Електронна пошта: | | |
| Номер телефону: | | | Факс: | | |
| 1. **Особисті дані сторін** | | | | | |
| * 1. **Замовник** | | | | | |
| * **Особа, яка потребує догляду** * **Представник особи, яка потребує догляду**  (наприклад, представник дорослої особи, законний представник тощо) * **Інша особа, яка діє в інтересах особи, яка потребує догляду**(наприклад член родини, довірена особа) | | | | | |
| П.І.Б.: | | | Дата народження: | | |
| Адреса: | | | У разі представництва необхідно надати документ, що засвідчує право представництва / (медичну) довіреність, рішення опікунського суду (наприклад, призначення представника дорослої особи):  (вказаний документ необхідно надати у вигляді копії) | | |
| Номер телефону: | | | Електронна пошта: | | |
| Факс: | | |
| * 1. **Виконавець (Підприємство з надання опікунських послуг)** | | | | | |
| П.І.Б./компанія: | | | Дата народження | | |
| Адреса / юридична адреса: | | | Електронна пошта: | | |
| Факс: | | | Номер телефону: | | |
| 1. **Нижче зазначені дії повинні бути узгоджені:**    1. o допомога під час споживання їжі та рідини, а також під час прийому медикаментів;    2. o допомога в особистій гігієні;    3. o допомога при одяганні і роздяганні;    4. o допомога при користуванні туалетом, а також допомога при зміні підгузків;    5. o допомога під час вставання, лягання, сідання та ходіння;    6. o введення лікарських засобів;    7. o накладання бандажів та пов'язок;    8. o виконання підшкірних ін'єкцій інсуліну і підшкірних ін'єкцій антикоагулянтних препаратів;    9. o забір крові з капіляру для визначення рівня глюкози в крові за допомогою тест-смужки;    10. o застосування простих пристосувань для обігріву та освітлення;    11. o інші окремі дії з догляду або лікування, за умови, що вони мають приблизно однаковий ступінь складності з зазначеними вище видами діяльності, а також мають однакові вимоги щодо необхідного догляду. Під цима іншими діями з лікування або догляду мається на увазі:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Разом було (під пунктом 3.) відзначено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ видів діяльності. | | | | | |
| 1. **Нижче подані питання слід прояснити та заповнити в присутності сторін з медичним працівником (лікарем або службовцем старшого рангу з охорони здоров'я та догляду за хворими**, наприкладдипломованою медсестрою або дипломованим медбратом) **:** | | | | | |
| * 1. **Особисті дані медичного працівника** | | | | | |
| П.І.Б. медичного працівника: | | | | | Адреса / місце роботи: |
| Дата народження: | | | | | Номер телефону: |
| * 1. **Передача простої діяльності з догляду (відповідно до розділу 3, пункту 2 Закону про охорону здоров'я та догляду за хворими) підприємству з надання опікунських послуг:**   Нижче подані види діяльності **вимагають з медичної точки зору для їхньої реалізації підприємством з надання опікунських послуг залучення**  медичного працівника: | | | | | |
| Для 3.1. Допомога під час споживання їжі та рідини, а також під час прийому медикаментів. | | | | | |
| * так | * ні | | | | |
| Для 3.2. Допомога в особистій гігієні. | | | | | |
| * так | * ні | | | | |
| Для 3.3. Допомога при одяганні і роздяганні. | | | | | |
| * так | * ні | | | | |
| Для 3.4. Допомога при користуванні туалетом, а також допомога при зміні підгузків. | | | | | |
| * так | * ні | | | | |
| Для 3.5. Допомога під час вставання, лягання, сідання та ходіння. | | | | | |
| * так | * ні | | | | |
| Усього кількість видів діяльності (за пунктом 4.2.), в яких було надано відповідь **«так»**, становить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | |
| * 1. **З пункту 4.2. після належного обговорення випливають такі необхідні заходи:** | | | | | |
| * 1. **Призначено виконання таких заходів з обслуговування (розділ 14, пункт 2–4 Закону про охорону здоров'я та догляду за хворими):**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| * 1. **Тривалість призначення згідно з пунктами 4.2.–4.4.:** * триває до (включно): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * має необмежений термін дії   **ПРИМІТКА:** у будь-якому разі термін дії призначення закінчується з припиненням відносин з надання послуг догляду!Призначення може бути в будь-який час **відкликане в письмовій формі**, якщо це є необхідним для забезпечення якості або через зміну стану здоров’я особи, яка потребує догляду. В обґрунтованих випадках за умови однозначності та відсутності сумнівів, відкликання може відбутися в усній формі. У цих випадках, відкликання необхідно задокументувати у письмовій формі негайно, проте не пізніше ніж за 24 години. | | | | | |
| * 1. **Передача діяльності відповідно до медичного розпорядження до підприємства з надання опікунських послуг (розділ 15, пункт 6 Закону про охорону здоров'я та догляду за хворими, розділ 50b Закону про лікарів):** | | | | | |
| До 3.6. o Введення лікарських засобів.  До 3.7. o Накладання бандажів та пов'язок.  До 3.8. o Виконання підшкірних ін'єкцій інсуліну і підшкірних ін'єкцій антикоагулянтних препаратів.  До 3.9. o Забір крові з капіляру для визначення рівня глюкози в крові за допомогою тест-смужки.  До 3.10. o Застосування простих пристосувань для обігріву та освітлення.  До 3.11. o Інші окремі дії з лікування, за умови, що вони мають приблизно однаковий  ступінь складності з зазначеними вище видами діяльності, а також мають однакові вимоги щодо необхідного догляду. Під цима іншими  видами діяльності з лікування мається на увазі:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Разом було (під пунктом 4.6.) відзначено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ видів діяльності.  **Примітка**: в рамках діяльності зі спільною відповідальністю службовець старшого рангу з охорони здоров'я та догляду за хворими має право відповідно до вказівок лікаря, що відповідають правилам про співпрацю зі спільною відповідальністю, відповідно до розділу 15 пунктів 1–4 Закону про охорону здоров'я та догляду за хворими передавати такі види діяльності в кожному конкретному випадку для виконання підприємством з надання опікунських послуг (відповідно до розділу 3b Закону про охорону здоров'я та догляду за хворими). | | | | | |
| * 1. **З пункту 7 після належного обговорення випливають такі необхідні заходи:** | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| * 1. **Тривалість призначення відповідно до п. 4.6. і 4.7.**: * триває до (включно): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * має необмежений термін дії   **ПРИМІТКА:** у будь-якому разі термін дії призначення закінчується з припиненням відносин з надання послуг догляду! Призначення може бути в будь-який час **відкликане в письмовій формі**, якщо це є необхідним для забезпечення якості або через зміну стану здоров’я особи, яка потребує догляду. В обґрунтованих випадках за умови однозначності та відсутності сумнівів, відкликання може відбутися в усній формі. У цих випадках, відкликання необхідно задокументувати у письмовій формі негайно, проте не пізніше ніж за 24 години. | | | | | |
| 1. **Підтвердження кваліфікації підприємства з надання опікунських послуг**   Цим підтверджується, що підприємство з надання опікунських послуг за необхідності   * **має ті навички**, які є **необхідними** для здійснення простого догляду, або догляду відповідно до вказівок медичного фахівця і * **наскільки це необхідно** будуть **отримувати настанови та інструкції** від медичного фахівця щодо конкретного випадку простого догляду, або догляду відповідно до вказівок медичного фахівця. | | | | | |
| 1. **Угода про діяльність і підтвердження призначення** | | | | | |
| **Медичний фахівець** пояснить наведене вище пояснення, про необхідність ретельно, сумлінно і повністю виконувати будь-які надані вказівки, керівництва та інструкції, крім того необхідно повідомляти письмово або усно підприємство з надання опікунських послуг про кожну зміну, що трапилася не через вказівки лікаря (останнє у письмовому вигляді протягом 24 годин).  Встановлюється, що **підприємство з надання опікунських послуг згідно з розділом 15, п. 3b Закону про охорону здоров’я та догляд за хворими зобов’язане:**   * регулярно й у достатньому обсязі документувати проведення призначеної діяльності і надавати доступ до такої документації медичним фахівцям, які здійснюють догляд і лікування особи, яка потребує догляду; * негайно надавати призначеним тут медичним фахівцям усю інформацію, яка може бути важлива для призначення, зокрема щодо змін стану особи, яка потребує догляду, або переривання діяльності з догляду. | | | | | |
| **підпис:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Медичний фахівець) | | | | **Місто/дата:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **ПРИМІТКА:**підприємство з надання опікунських послуг має можливість відмовитися від взяття на себе або погодження з виконанням догляду або медичної діяльності / послуг (навіть якщо це необхідно!). | | | | | |
| **Підпис:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Підприємство з надання опікунських послуг) | | **Місто/дата:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | | | |
| **Підпис:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Замовник) | | | | **Місто / дата:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |