|  |
| --- |
| **Anexa ./B 2**(la Contractul de prestări de servicii - Îngrijire persoane vârstnice, bolnave sau cu dizabilități)Necesitatea autorizațiilor medicale |
| 1. **Date personale ale persoanei care trebuie îngrijită**
 |
| Nume: | Adresă: |
| Data nașterii: | E-mail: |
| Nr. de telefon: | Fax: |
| 1. **Date personale ale partenerului contractual**
 |
| * 1. **Beneficiar**
 |
| * **Persoană care trebuie îngrijită**
* **Reprezentant al persoanei care trebuie îngrijită**(de ex., reprezentant legal, persoana împuternicită cu îngrijirea etc.)
* **O altă persoană în numele persoanei care trebuie îngrijită** (de ex., aparținător, persoană de încredere)
 |
| Nume: | Data nașterii: |
| Adresă: | În caz de reprezentare, dovada calității de reprezentare/împuternicire (cu îngrijirea)/decizia instanței de judecată (de ex., numirea reprezentantului legal): (documentul justificativ va fi atașat în copie) |
| Nr. de telefon: | E-mail: |
| Fax: |
| * 1. **Contractor (furnizorul de servicii de îngrijire)**
 |
| Nume/Firmă: | Data nașterii |
| Adresă/Sediu social: | E-mail: |
| Fax: | Nr. de telefon: |
| 1. **Vor fi convenite următoarele activități:**
	1. o ajutorul acordat la administrarea orală a alimentelor, a lichidelor și a medicamentelor
	2. o ajutorul acordat la îngrijirea corporală
	3. o ajutorul acordat la îmbrăcare și dezbrăcare
	4. o ajutorul acordat la utilizarea toaletei sau a scaunului WC de cameră, inclusiv asistența acordată la schimbarea produselor de incontinență urinară
	5. o ajutorul acordat la ridicare, așezare, întinderea în pat și mers
	6. o administrarea tratamentului medicamentos
	7. o aplicarea bandajelor
	8. o administrarea injecțiilor subcutanate cu insulină și a injecțiilor subcutanate anticoagulante
	9. o prelevarea sângelui în vederea determinării nivelului glicemiei cu ajutorul bandeletelor de testare
	10. o aplicații simple de căldură și lumină
	11. o altă activitate de îngrijire sau medicală, dacă are un grad de dificultate asemănător cu cele indicate anteriorși prezintă cerințe comparative în ceea ce privește atenția necesară în desfășurarea ei. În ceea ce priveșteaceastă activitate de îngrijire sau medicală este vorba despre:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_În total au fost bifate (la pct. 3.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ activități. |
| 1. **Următoarele chestiuni vor fi clarificate și completate de către personalul medical de specialitate (medic sau aparținător al Serviciului medical și de îngrijire** – cum ar fi, de exemplu,„Asistent medical licențiat”/„Îngrijitor medical licențiat“)- **în prezența părților contractuale:**
 |
| * 1. **Date personale ale personalului medical de specialitate**
 |
| Numele personalului medical de specialitate: | Adresă/Locație serviciu: |
| Data nașterii: | Nr. de telefon: |
| **4.2 Transferarea unor activități simple de îngrijire (cf. art. 3b par. 2 GuKG\* (\*Legea care reglementează profesia de asistent medical) către furnizorul de servicii de îngrijire:**În cazul următoarelor activități, **din punct de vedere medical, există circumstanțe pentru care pentru desfășurarea lor de către furnizorul de servicii de îngrijire este nevoie de o autorizație** din partea personalului medical de specialitate: |
| La 3.1. ajutorul acordat la administrarea orală a alimentelor, a lichidelor și a medicamentelor |
| * da
 | * nu
 |
| La 3.2. ajutorul acordat la îngrijirea corporală |
| * da
 | * nu
 |
| La 3.3. ajutorul acordat la îmbrăcare și dezbrăcare |
| * da
 | * nu
 |
| La 3.4. ajutorul acordat la utilizarea toaletei sau a scaunului WC de cameră, inclusiv asistența acordată la schimbarea produselor de incontinență urinară |
| * da
 | * nu
 |
| La 3.5. ajutorul acordat la ridicare, așezare, întinderea în pat și mers |
| * da
 | * nu
 |
| În total au fost bifate cu **„da”** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ activități (cf. punctului 4.2). |
| **4.3 După explicațiile detaliate de la pct. 4.2. rezultă următoarele autorizații necesare:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**4.4 Se autorizează luarea următoarelor măsuri de îngrijire (art. 14 par. 2 Z 4 GuKG):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4.5 Durata autorizației cf. Punctelor 4.2 – 4.4:*** pe o durată limitată de timp, până inclusiv la data de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* pe o durată nelimitată de timp

**INDICAȚIE:** Autorizația încetează odată cu încetarea relației de îngrijire!Autorizația poate fi **anulată oricând în scris**, dacă acest lucru este necesar din motiv de asigurare a calității sau pe motiv de modificare a stării de sănătate a persoanei **care trebuie îngrijită**. În cazuri justificate și dacă sunt asigurate lipsa ambiguității și a dubiilor, anularea poate fi făcută și verbal. În aceste cazuri, anularea trebuie documentată în scris în termen de cel mult 24 de ore. |
| **4.6 Transferarea unor activități, în funcție de autorizația medicală, către furnizorul de servicii de îngrijire (art. 15 par. 7 GuKG, art. 6 ÄrzteG\* (\*Legea care reglementează profesia de medic)):** |
| La 3.6. o administrarea tratamentului medicamentos La 3.7. o aplicarea bandajelor La 3.8. o administrarea injecțiilor subcutanate cu insulină și a injecțiilor subcutanate anticoagulante La 3.9. o prelevarea sângelui în vederea determinării nivelului glicemiei cu ajutorul bandeletelor de testare La 3.10. o aplicații simple de căldură și luminăLa 3.11. o altă activitate medicală, dacă are un grad de dificultate asemănător cu cele indicate anterior și prezintă cerințe comparative în ceea ce privește atenția necesară în desfășurarea ei. În ceea ce privește această activitate medicală este vorba despre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_În total au fost bifate (la pct. 4.6) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ activități.**Indicație:** În cadrul domeniului de activități de coresponsabilizare, personalul din cadrul Serviciului medical și de îngrijire are dreptul să transfere următoarele activități către furnizorul de servicii de îngrijire conform autorizațiilor medicale și a reglementărilor în domeniul activităților de coresponsabilitate conform art. 15 par. de la 1 la 4 GuKG (în sensul art. 3b GuKG). |
| **4.7 După explicații detaliate de la pct. 4.6 . rezultă următoarele autorizații necesare:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4.8 Durata autorizației conform pct. 4.7.**:* pe o durată limitată de timp, până inclusiv la data de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* pe o durată nelimitată de timp

**INDICAȚIE:** Autorizația încetează odată cu încetarea relației de îngrijire! Autorizația poate fi **anulată oricând în scris**, dacă acest lucru este necesar din motiv de asigurare a calității sau pe motiv de modificare a stării de sănătate a persoanei **care trebuie îngrijită**. În cazuri justificate și dacă sunt asigurate lipsa ambiguității și a dubiilor, anularea poate fi făcută și verbal. În aceste cazuri, anularea trebuie documentată în scris în termen de cel mult 24 de ore. |
| 1. **Dovada calificării și a instruirii Unității de îngrijiri**

Se confirmă că furnizorul de servicii de îngrijire* **dispune de abilitățile** **necesare** pentru desfășurarea activităților de îngrijire simple sau a celor care necesită autorizație medicală și
* **a fost instruită și autorizată** de către personalul medical de specialitate **suficient de bine** cu privire la activitățile simple de îngrijire sau a celor care necesită autorizație medicală.
 |
| 1. **Acordul asupra activităților și confirmarea autorizației (autorizațiilor)**
 |
| **Personalul medical de specialitate** declară că aprobarea de mai sus, toate autorizațiile, instructajele și instruirile au fost efectuate cu atenție și complet; de asemenea, se angajează să aducă imediat la cunoștința Unității de îngrijiri, în scris sau verbal (ultima dintre acestea, cu justificare scrisă în cel mult 24 de ore), orice modificare care nu rezultă din autorizația medicală.Se precizează că **furnizorul de servicii de îngrijire este obligat în conformitate cu S. 3b paragraful 6 GuKG,**o să documenteze executarea activităților ordonate în mod suficient și regulat și să pună documentația la dispoziția personalului medical de specialitate care îngrijește și tratează persoana **care trebuie îngrijită**, precum șio să furnizeze imediat personalului medical de specialitate responsabil toate informațiile care ar putea fi relevante, în special modificările stării persoanei **care trebuie îngrijită** sau întreruperea activității de îngrijire. |
| **Semnătura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(personal medical de specialitate) | **Localitatea, data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **INDICAȚIE:** Furnizorul de servicii de îngrijire are posibilitatea de a refuza preluarea sau acordul cu privire la activitățile/serviciile medicale (chiar și dacă acestea sunt necesare!). |
| **Semnătura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Furnizorul de servicii de îngrijire) | **Localitatea, data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| **Semnătura:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Beneficiar | **Localitatea, data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |