

UMOWA

o sprawowanie opieki

W dniu została zawarta umowa pomiędzy Zakładem Opiekuńczo-Pielęgnacyjnym Dom Seniora Medigab w Łodzi przy ulicy Sierakowskiego 67a reprezentowanym przez Dyrektora Zakładu, zwanym w dalszej części umowy „Zakładem”,

a,
imię, nazwisko
.....
adres
.....
nr dowodu osobistego lub paszportu
....., zwanym dalej „Opiekunem”.
PESEL, NIP

1. Przedmiotem umowy jest sprawowanie przez Zakład opieki nad
.....
imię i nazwisko
.....
miejsce stałego zamieszkania
.....zwanej/ego dalej „Pensjonariuszem”
nr dowodu osobistego, PESEL, NIP

2. Opiekun oświadcza, że opiekuje się osobą wskazaną w art. 1 p.1 na podstawie
.....

3. Opiekun oświadcza, że członkami najbliższej rodziny Pensjonariusza są:

-
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres
-
telefon, nr dowodu osobistego, PESEL
-
imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres
-
telefon, nr dowodu osobistego, PESEL

w/w osoby upoważnione są do informacji medycznej.

4. Umowę zawiera się na czas od do/ bezterminowo*.
5. Jeżeli po upływie okresu adaptacyjnego Pensjonariusza nadal pozostaje w Zakładzie, umowę uważa się za przedłużoną zgodnie z pkt.4.
6. Opiekun wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych Pensjonariusza w zakresie niezbędnym do prowadzenia dokumentacji.
7. „Opiekun” oświadcza, że Pani/Panpodlega ubezpieczeniu społecznemu .
8. Od dnia przyjęcia do Zakładu obowiązuje 7 dniowy okres adaptacyjny ,po upływie którego umowa może zostać rozwiązana bez obowiązującego okresu wypowiedzenia ,jeżeli podane informacje okażą się niezgodne z rzeczywistością lub Pensjonariusz okaże się osobą agresywną, chorą psychicznie , wymagającą indywidualnej lub specjalistycznej opieki
9. Zakład zobowiązuje się do zapewnienia osobie, wskazanej w art. 1 p.1.:
 - miejsca pobytu w pokojuosobowym,
 - zameldowania czasowego po okresie adaptacji trwającym 7 dni,
 - całodziennego wyżywienia- 5 posiłków ,
 - opieki medycznej -z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej 5 dni w tygodniu z wyłączeniem sobót ,niedzieli i świąt
 - całodobowej opieki pielęgniarskiej i opiekuńczej ,
 - leczenia farmakologicznego,
 - korzystania z rehabilitacji,
 - korzystania z terapii zajęciowej,
 - warunków do korzystania z praktyk religijnych,
 - warunków do utrzymania i rozwijania kontaktu z rodziną lub Opiekunem.
10. Zakład nie zobowiązuje się do:
 - zameldowania Pensjonariusza w okresie adaptacji, trwającym 7 dni,
 - pokrywania kosztów zakupu leków i środków farmaceutycznych
 - konsultacji specjalistycznych innych nie wymienionych w pkt.9
 - bezpłatnego korzystania opieki stomatologiczno -protetycznej
 - pokrywania kosztów środków higienicznych / pampersów ,podkładów, / miesięcznie
 - zapewnienia pobytu Pensjonariusza w pokoju, do którego został przyjęty,
 - odpowiedzialności za pieniądze i wartościowe przedmioty pozostawione Pensjonariuszowi,
 - zwrotu kosztów pobytu Pensjonariusza za dni jej nieobecności w Zakładzie (pobyt u rodziny, znajomych, w sanatorium z wyjątkiem hospitalizacji)
 - podjęcia decyzji o leczeniu szpitalnym i opieki nad Pensjonariuszem przebywającym w szpitalu,
 - ustalania spraw związanych z pogrzebem.
11. Opiekun zobowiązuje się:
 - ponosić koszty utrzymania Pensjonariusza w Zakładzie zgodnie z art. 12,
 - dostarczyć dokumenty i wyprawkę Pensjonariusza, zgodnie z załącznikiem nr 1 do niniejszej umowy,
 - przekazać Pensjonariusza pod opiekę lekarską i pielęgniarską w Zakładzie,
 - umożliwić zarejestrowanie Pensjonariusza w przychodni POZ właściwej ze względu na położenia Zakładu,
 - pozostawać w stałym kontakcie z kierownictwem Zakładu oraz interesować się fizycznym i psychicznym stanem zdrowia Pensjonariusza,
 - respektować wewnętrzne Regulaminy Zakładu,
 - odwiedzać Pensjonariusza w wyznaczonych godzinach, 11.00 -18.00 ,
 - respektować decyzję Dyrektora o okresowym wstrzymaniu odwiedzin ze względu na bezpieczeństwo Pensjonariuszy oraz inne szczególne rozporządzenia,
 - ustalać wszelkie wyjazdy Pensjonariusza z lekarzem Zakładowym.

- jeśli stan zdrowia Pensjonariusza będzie tego wymagał oraz umieścić chorą w szpitalu i sprawować nad nią opiekę w tym czasie,
- ponieść koszt pampersów za pierwszy miesiąc pobytu (jeśli Pensjonariusz ich wymaga),
 - ponosić koszty leków i środków farmaceutycznych
 - zabrać z Zakładu osobę, która:
 - nie przeszła pomyślnie okresu adaptacyjnego,
 - nie została formalnie przekazana pod opiekę zakładowego lekarza i pielęgniarki
 - nie jest w stanie wraz z rodziną i opiekunami ponieść kosztów utrzymania w tym Zakładzie,
 - zmarła.

12. Opłata za utrzymanie Pensjonariusza w Zakładzie obejmuje:

- opłatę podstawową za świadczenie usług wymienionych w art. 2 p. 1, która w dniu podpisania umowy wynosi.....zł. (Słownie:) za miesiąc,
- opłatę za konsultacje specjalistyczne (jeżeli ich świadczenie było wcześniej uzgodnione),
- opłatę za czynności dodatkowe, np. zrobienie fotografii, usługi fryzjerskie, kosmetyczne, transport chorej i inne.

13. Opłatę można przekazać:

- w formie gotówkowej do administracji Zakładu,
- na konto Zakładu- mBank 25 1140 2004 0000 3102 7720 2487 ,
do 5 dnia każdego miesiąca.

14. Opłata podlega stałemu obniżeniu o 30 złotych za każdy , pełny dzień nieobecności Pensjonariusza spowodowany tylko i wyłącznie hospitalizacją ,

15. Zakład zastrzega sobie prawo zmiany wysokości opłaty. O zmianie wysokości opłaty za pobyt Opiekun zostanie poinformowany pisemnie.

Brak zgody na ponoszenie większej opłaty jest równoznaczny z zabranieniem Pensjonariusza z Zakładu.

16. Opłata za leki i środki farmaceutyczne -do ostatniego dnia każdego miesiąca Zakład przekazuje fakturę Opiekunowi

17. W przypadku śmierci Pensjonariusza:

- Zakład zobowiązuje się do przekazania karty zgonu,
- Zakład nie ponosi kosztów transportu zmarłej ani pogrzebu,

18. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron w dowolnym momencie, z 7-dniowym wypowiedzeniem.

19. Rozwiązanie umowy wymaga formy pisemnej.

20. W przypadku rozwiązania umowy przez Zakład – po uprzednim pisemnym zawiadomieniu – pensjonariusza należy przewieźć na adres wskazany przez Opiekuna w pkt. 3.

21. W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia umowy opiekun zobowiązuje się do zabrania Pensjonariusza w terminie nie dłuższym niż 7 dni.

22. W przypadku nie opuszczenia przez Pensjonariusza Zakładu w terminie wskazanym w pkt.21 Zakład przewozi Pensjonariusz wraz z jego rzeczami pod adres wskazany w pkt .3 na koszt Opiekuna.

23. W przypadku nieobecności osoby wskazanej w pkt.3 albo odmowy przyjęcia Pensjonariusza w przypadku gdy jest on niezdolny do samodzielnej egzystencji Zakład niezwłocznie zawiadamia organy opieki społecznej oraz Sąd Rodzinny.

24. Rozwiązanie następuje umowy automatycznie po przekroczeniu terminu płatności powyżej 14 dni.

25. W przypadku rozwiązania umowy przez Opiekuna przewiezieniem Pensjonariusza zajmuje się Opiekun.

26. W sytuacji śmierci Pensjonariusza umowa wygasa .

27. W przypadku rozwiązania umowy bez okresu wypowiedzenia Zakład nie dokonuje zwrotu kosztów

28. W przypadku śmierci Pensjonariusza Zakład dokonuje zwrotu kosztów 50% opłaty , za niewykorzystany okres.

29. Zmiany w umowie wymagają formy pisemnej.

30. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie stosowne przepisy prawa, a w przypadkach szczególnych będzie rozstrzygał sąd

31. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
podpis Pensjonariusza

.....
podpis Opiekuna

.....
podpis Dyrektora Zakład

Załączniki*

- a/dowód osobisty /2xksero/
- b/legitymacja ubezpieczenia/2xksero/
- c/karty informacyjne leczenia szpitalnego/2x ksero/
- d/karta dawkowania leków
- e/wykaz osób sprawujących opiekę

* - zaznaczyć wybrane

ZOBOWIĄZANIE DO ZAPŁATY

Na podstawie Umowy z dnia sprawowania opieki nad

P.....

ja niżej podpisany zobowiązuje się ponosić koszty pobytu w Zakładzie

Opiekuńczo -Pielęgnacyjnym Dom Seniora Medigab w Łodzi przy u. Sierakowskiego 67a

Do niniejszego zobowiązania dołączam kopię dowodu osobistego:

seria i numer

.....

miejsowość i data

.....

czytelny podpis

ZAŁĄCZNIK NR 1 **do Umowy o sprawowanie opieki**

DOKUMENTY I WYPRAWKA PENSJONARIUSZA

1. Dokumenty:

- * dowód osobisty,
- * dokumentację medyczną,
- * wyniki aktualnych badań (RTG, badanie krwi, ewentualnie karta wypisowa ze szpitala),
- * wykaz aktualnie przyjmowanych leków,
- * karta zaopatrzenia comiesięcznego z NFZ,
- * wypełniony wniosek,
- * podpisana umowa o sprawowanie opieki,

2. Wyprawka:

- * indywidualne środki czystości-szczoteczka do zębów , maszynka do golenia itp.
- * odzież całodzienna - 2 zestawy,
- * bielizna dzienna - 4 komplety,
- * bielizna nocna - 4 komplety,
- * obuwie -2 pary(para kapci),

ZAŁĄCZNIK NR 2
do Umowy o sprawowanie opieki

**Oświadczenia Pacjenta o upoważnieniu/odmowie upoważnienia/
do udostępniania dokumentacji medycznej**

Ja PESEL

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji Medycznej w Zakładzie Opiekuńczo -Pielęgnacyjnym Dom Seniora Medigab w Łodzi przy u. Sierakowskiego 67a oraz podejmowania decyzji o moim pobycie i liczeniu szpitalnym w razie pogorszenia się mojego stanu zdrowia.

Upoważniam niniejszym

Pana/Panią PESEL

do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej w Zakładzie Opiekuńczo -Pielęgnacyjnym Dom Seniora Medigab w Łodzi przy u. Sierakowskiego 67a podejmowania decyzji o moim pobycie i leczeniu szpitalnym w razie pogorszenia się mojego stanu zdrowia