

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/Pan podlega 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 pokoju osobowym,
 - 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 - podjąć decyzję o leczeniu szpitalnym, wymagał oraz umieścić chorą w szpitalu i sprawować nad nią opiekę w tym czasie, 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 ponosić 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