|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P r i l o g ./B 2** (ugovoru o pružanju usluga skrbi)  Potrebne usluge medicinske njege | | | | | |
| 1. **Osobni podaci korisnika skrbi** | | | | | |
| Ime: | | | Adresa: | | |
| Datum rođenja: | | | E-pošta: | | |
| Telefonski broj: | | | Faks: | | |
| 1. **Osobni podaci ugovornih strana** | | | | | |
| * 1. **Nalogodavatelj** | | | | | |
| * **Korisnik skrbi** * **Zastupatelj korisnika skrbi**  (npr. zakonski skrbnik, pravni zastupnik, opunomoćenik za prava pacijenta itd.) * **Neka druga osoba u ime korisnika skrbi** (npr. član obitelji, osoba od povjerenja) | | | | | |
| Ime: | | | Datum rođenja: | | |
| Adresa: | | | Zastupana po punomoći za zastupanje / punomoći za skrb, temeljem rješenja suda nadležnog za pitanja skrbništva (npr. rješenje o imenovanju zakonskog skrbnika):  (Obvezno priložiti kopiju dokaza) | | |
| Telefonski broj: | | | E-pošta: | | |
| Faks: | | |
| * 1. **Nalogoprimatelj (pružatelj usluga skrbi)** | | | | | |
| Ime/tvrtka: | | | Datum rođenja | | |
| Adresa/sjedište: | | | E-pošta: | | |
| Faks: | | | Telefonski broj: | | |
| 1. **Potrebno je ugovoriti sljedeće aktivnosti:**    1. o pomoć pri oralnom uzimanju hrane i pića te uzimanju lijekova    2. o pomoć pri održavanju osobne higijene    3. o pomoć pri odijevanju i svlačenju    4. o pomoć pri upotrebi toaleta odnosno toaletne stolice i promjeni pomagala za inkontinenciju    5. o pomoć pri prijelazu iz ležećeg u uspravni položaj i obratno, sjedanju i hodanju    6. o davanje lijekova    7. o previjanje oblozima i zavojima    8. o davanje potkožnih injekcija inzulina i antikoagulanata    9. o uzimanje uzoraka krvi iz kapilara za potrebe određivanja razine glukoze ispitnim trakama    10. o jednostavna primjena zagrijavanja i osvjetljavanja    11. o drugi postupci iz područja medicinske pomoći ili njege, pod uvjetom da su ti postupci po svojoj složenosti i potrebnim   preduvjetima slični gore navedenim postupcima   U nastavku molimo da navedete te druge postupke medicinske pomoći i njege:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Označeno je ukupno (pod točkom 3.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ postupaka. | | | | | |
| 1. **Sljedeća pitanja mora rastumačiti i ispuniti stručno medicinsko osoblje (liječnik ili medicinska sestra/tehničar, posebno obučeni u ovom zdravstvenom području) u prisutnosti ugovornih strana**: | | | | | |
| * 1. **Osobni podaci medicinskog osoblja** | | | | | |
| Imena stručnih zdravstvenih radnika: | | | | | Adresa / mjesto rada: |
| Datum rođenja: | | | | | Telefonski broj: |
| 1. **Delegiranje jednostavnih aktivnosti medicinske pomoći i njege (u skladu s § 3b Abs 2 GuKG) pružatelju usluga skrbi:**   **S medicinskog stajališta u slučaju sljedećih aktivnosti postoje okolnosti zbog kojih je potrebno** da stručno medicinsko osoblje **uputi pružatelja usluga skrbi**: | | | | | |
| Uz 3.1., pomoć pri oralnom uzimanju hrane i pića i uzimanje lijekova | | | | | |
| * da | * ne | | | | |
| Uz 3.2, pomoć pri održavanju osobne higijene | | | | | |
| * da | * ne | | | | |
| Uz 3.3., pomoć pri odijevanju i svlačenju | | | | | |
| * da | * ne | | | | |
| Uz 3.4., pomoć pri upotrebi toaleta odnosno toaletne stolice i promjeni pomagala za inkontinenciju | | | | | |
| * da | * ne | | | | |
| Uz 3.5., pomoć pri prijelazu iz ležećeg u uspravni položaj i obratno, sjedanju i hodanju | | | | | |
| * da | * ne | | | | |
| Ukupno je s **„da“** označeno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aktivnosti. | | | | | |
| * 1. **Prema točki 6 nakon detaljnog su obrazloženja izdane sljedeće potrebne upute:** | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * 1. **Propisano je provođenje sljedećih dodatnih mjera njege (§ 14 para 2 no. 4 GuKG):**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| * 1. **Trajanje navedenih mjera:** * Ograničeno, s trajanjem najdulje do: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Neograničeno   **NAPOMENA:** Propisane mjere svakako vrijede samo za vrijeme trajanja ugovornog odnosa o pružanju usluga skrbi!Nalog može biti opozvan u svako doba **pisanim putem** kad je to potrebno sa stajališta osiguranja kvalitete ili uslijed promjene stanja korisnika skrbi. Ako za to postoje važni razlozi, nalog može biti opozvan i usmeno, pod uvjetom da opoziv bude jasan i osigura da ne dođe do nesporazuma. U takvim slučajevima opoziv mora biti popraćen i pisanim opozivom, najkasnije u roku od 24 sata. | | | | | |
| 1. **Delegiranje poslova pružatelju usluga skrbi u skladu s nalogom liječnika (§ 15 Abs 7 GuKG, § 50b ÄrzteG):** | | | | | |
| Uz 3.6. o davanje lijekova  Uz 3.7. o previjanje oblozima i zavojima  Uz 3.8. o davanje potkožnih injekcija inzulina i antikoagulanata  Uz 3.9. o uzimanje uzoraka krvi iz kapilara za potrebe određivanja razine glukoze ispitnim trakama  Uz 3.10.  o jednostavna primjena zagrijavanja i osvjetljavanja  Uz 3.11. o drugi postupci iz područja medicinske pomoći ili njege, pod uvjetom da su ti postupci po svojoj složenosti i potrebnim preduvjetima slični gore navedenim postupcima. U nastavku molimo da navedete te druge postupke medicinske pomoći:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Označeno je ukupno (pod točkom 6.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ postupaka.  Napomena: U sklopu aktivnosti za koje postoji zajednička odgovornost davatelji složenijih usluga medicinske pomoći i njege mogu prema liječničkom nalogu izdanom u skladu s čl. 15., stavci od 1 do 4 (§ 15 Abs. 1 bis 4) Zakona o zdravlju i njezi bolesnika (GuKG), delegirati sljedeće aktivnosti iz područja zajedničke odgovornosti pružatelju usluga skrbi (u smislu § 3b zakona GuKG). | | | | | |
| * 1. **Prema točki 7 nakon detaljnog su obrazloženja izdane sljedeće nužne upute:** | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| * 1. **Trajanje naloga iz točke 7.** * Ograničeno, s trajanjem najdulje do: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Neograničeno   **NAPOMENA:** Propisane mjere svakako vrijede samo za vrijeme trajanja ugovornog odnosa o pružanju usluga skrbi! Nalog može biti opozvan u svako doba **pisanim putem** kad je to potrebno sa stajališta osiguranja kvalitete ili uslijed promjene stanja korisnika skrbi. Ako za to postoje važni razlozi, nalog može biti opozvan i usmeno, pod uvjetom da opoziv bude jasan i osigura da ne dođe do nesporazuma. U takvim slučajevima opoziv mora biti popraćen i pisanim opozivom, najkasnije u roku od 24 sata. | | | | | |
| 1. **Dokaz da je pružatelj usluga skrbi osposobljen i upućen**   Potvrđuje se da je pružatelj usluga skrbi   * dovoljno **sposoban ispunjavati** zadaće **nužne** za poslove jednostavne njege ili radnje koje su mu prema nalogu liječnika delegirane * da ga je stručno zdravstveno osoblje **u potrebnoj mjeri** uputilo i obučilo za preuzimanje konkretnih poslova jednostavne njege ili radnji koje su mu delegirane nalogom liječnika | | | | | |
| 1. **Ugovaranje zadaća i potvrda naloga** | | | | | |
| * 1. Stručni zdravstveni radnici izjavljuju da je navedena obrazloženja, sve navedene naloge, upute i objašnjenja potrebno provoditi pažljivo, dosljedno i u cijelosti te da je sve izmjene koje ne proizlaze iz naloga koje je liječnik izdao pružatelju usluga skrbi potrebno odmah javiti, pisanim putem ili usmeno (pri čemu je obvezno u roku od 24 sata dostaviti i pisanu obavijest). | | | | | |
| **Potpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (imena stručnih zdravstvenih radnika) | | | | **Mjesto i datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **NAPOMENA:** Pružatelj usluga skrbi ima mogućnost odbiti preuzeti zadaće ili ugovaranje radnji/usluga medicinske pomoći i njege (uključujući i u slučaju da su one nužne!). | | | | | |
| **Potpis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (pružatelj usluga skrbi) | | **Mjesto i datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
|  | | | | | |
| **Potpis:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (za korisnika skrbi/predstavnika) | | | | **Mjesto i datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |