# **Umowa o sprawowanie opieki**

W dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w Warszawie została zawarta umowa (dalej: „Umowa”) pomiędzy

**Zakładem dla Chronicznie Chorych Kobiet** przy ul. Żywicznej 40 w Warszawie zwanym dalej „Zakładem”, reprezentowanym przez Dyrektora Zakładu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a

imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numer PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres zamieszkania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zwanym dalej „Opiekunem”.

**Art. 1**

1. Przedmiotem umowy jest sprawowanie przez Zakład opieki nad

imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejsce zameldowania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numer PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zwaną dalej „Pensjonariuszką”,

zgodnie z Umową.

2. Opiekun oświadcza, że podstawą prawną sprawowania opieki nad Pensjonariuszką jest:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Umowę zawiera się na czas od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (lub: *bezterminowo*).

4. Jeżeli po upływie okresu adaptacyjnego, czyli jednego miesiąca, Pensjonariuszka nadal pozostaje w Zakładzie, umowę uważa się za przedłużoną bezterminowo.

**Art. 2**

1. Zakład zobowiązuje się do zapewnienia Pensjonariuszce:

1. miejsca pobytu w pokoju 2 albo 3 osobowym,
2. zameldowania czasowego po okresie adaptacji trwającym 1 miesiąc,
3. całodziennego wyżywienia,
4. opieki medycznej (konsultacji z lekarzem neurologiem, internistą, psychiatrą),
5. całodobowej opieki pielęgniarskiej i higienicznej,
6. leczenia farmakologicznego,
7. możliwości korzystania z odpłatnej rehabilitacji,
8. możliwości korzystania z terapii zajęciowej,
9. warunków do korzystania i wykonywania praktyk religijnych,
10. warunków do utrzymania i rozwijania kontaktu z rodziną lub Opiekunem.

2. Zakład nie zobowiązuje się do:

1. zameldowania Pensjonariuszki w okresie adaptacji, trwającym 1 miesiąc,
2. pokrywania kosztów zakupu leków przekraczających 50 zł,
3. konsultacji specjalistycznych innych nie wymienionych w pkt. 1d,
4. zapewnienia pobytu Pensjonariuszki w pokoju, do którego została przyjęta,
5. odpowiedzialności za pieniądze i wartościowe przedmioty pozostawione Pensjonariuszce,
6. zwrotu kosztów pobytu Pensjonariuszki za dni jej nieobecności w Zakładzie, czyli np. z powodu pobytu w szpitalu, u rodziny, znajomych, w sanatorium),
7. podjęcia decyzji o leczeniu szpitalnym i opieki nad Pensjonariuszką przebywającą   
   w szpitalu,
8. ustalania spraw związanych z pogrzebem Pensjonariuszki.

**Art. 3**

Opiekun zobowiązuje się:

1. ponosić koszty utrzymania Pensjonariuszki w Zakładzie zgodnie z art. 4,
2. dostarczyć dokumenty i wyprawkę Pensjonariuszki, zgodnie z załącznikiem nr 1 do umowy,
3. przekazać Pensjonariuszkę pod opiekę lekarską i pielęgniarską w Zakładzie,
4. umożliwić zarejestrowanie Pensjonariuszki w przychodni właściwej ze względu na położenie Zakładu,
5. pozostawać w stałym kontakcie z pielęgniarką oddziałową w sprawie aktualnego stanu zdrowia Pensjonariuszki,
6. respektować regulaminy oraz inne zarządzenia obowiązujące w Zakładzie,
7. odwiedzać Pensjonariuszkę w wyznaczonych przez Zakład godzinach,
8. respektować zarządzenia Dyrektora Zakładu o okresowym wstrzymaniu odwiedzin,
9. ustalać wyjazd Pensjonariuszki z lekarzem,
10. podjąć decyzję o leczeniu szpitalnym, jeżeli stan zdrowia Pensjonariuszki będzie tego wymagał oraz umieścić Pensjonariuszkę w szpitalu i sprawować nad nią opiekę w tym czasie,
11. zabrać z Zakładu Pensjonariuszkę, 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.

1. odebrać zwłoki Pensjonariuszki.

**Art. 4**

1. Opłata za utrzymanie Pensjonariuszki w Zakładzie obejmuje:

1. opłatę podstawową za świadczenie usług wymienionych w art. 2 ust. 1, która w dniu podpisania umowy wynosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł (słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) za jeden miesiąc pobytu Pensjonariuszki,
2. opłatę za leki powyżej wartości 50 zł na miesiąc,

2. Opiekun pokrywa koszty:

1. konsultacji specjalistycznej (jeżeli ich świadczenie było wcześniej uzgodnione),
2. czynności dodatkowych w szczególności takich jak: robienie fotografii, usługi fryzjerskie, kosmetyczne, transport Pensjonariuszki.

3. Opłatę można przekazać:

1. w formie gotówkowej w Zakładzie, albo
2. na konto Zakładu – PKO IV o/Warszawa 16 1020 1042 0000 8202 0105 2356, albo
3. poprzez przekaz emerytury lub renty Pensjonariuszki na adres Zakładu i uzupełnienie opłaty z góry do 10 dnia każdego miesiąca.

4. Zakład zastrzega sobie prawo zmiany wysokości opłaty w czasie obowiązywania umowy.

5. O zmianie wysokości opłaty Opiekun zostanie poinformowany pisemnie.

6. Jeżeli po odliczeniu z emerytury lub renty wszystkich kosztów utrzymania Pensjonariuszki pozostaje jakaś kwota pieniędzy, to jest ona przekazana do dyspozycji Pensjonariuszki lub Opiekuna.

**Art. 5**

1. W przypadku śmierci Pensjonariuszki Zakład zobowiązuje się do przekazania karty zgonu, do wykonania toalety pośmiertnej, ubrania zmarłej.

2. Zakład nie ponosi kosztów transportu zmarłej ani pogrzebu.

**Art. 6**

1. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron w dowolnej chwili z zachowaniem 14 (słownie: czternasto) dniowego okresu wypowiedzenia.

2. Zmiana i rozwiązanie umowy wymagają formy pisemnej.

3. W przypadku korzystania ze zniżki określonej w Statucie Zakładu w trakcie pobytu Pensjonariuszki Zakład nie udziela zwrotu kosztów po ustaniu umowy.

**Art. 7**

Po śmierci Pensjonariuszki lub po rozwiązaniu umowy Opiekun zobowiązany jest do uiszczenia 50% opłaty za okres 7 dni.

**Art. 8**

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

**Art. 9**

1. W sprawach nie objętych umową, mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

2. Spory z tytułu umowy będą rozstrzygane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Zakładu.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *Opiekun* | *Dyrektor Zakładu* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *podpis Pensjonariuszki  (nie jest wymagany do ważności umowy)* |
|  |

**Oświadczenie**

Opiekun oświadcza, że członkami najbliższej rodziny Pensjonariuszki są:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefon

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefon

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefon

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefon

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 *miejscowość i data, podpis*

**Załącznik nr 1 do Umowy o sprawowanie opieki z dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dokumenty i wyprawka pensjonariuszki**

1. **Dokumenty:**

dowód osobisty,

legitymacja ZUS,

wypełniony wniosek o przyjęcie,

karta zaopatrzenia w wyroby medyczne,

w przypadku ubezwłasnowolnienia:

* + - orzeczenie sądu o ubezwłasnowolnieniu,
    - zgoda sądu na umieszczenie w Zakładzie,
    - oświadczenie, kto jest opiekunem prawnym,

dokumentacja medyczna (nazwa dokumentu oraz zaznaczyć: oryginał czy kopia)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

wyniki aktualnych badań

* + - RTG,
    - badanie krwi,
    - inne (*wymienić jakie*)

wykaz aktualnie przyjmowanych leków,

orzeczenie o niepełnosprawności.

1. **Wyprawka:**

kołdra, poduszka,

bielizna pościelowa 2 komplety,

ręczniki 4 średnie,

odzież całodzienna 2 zestawy,

bielizna dzienna 4 komplety,

bielizna nocna 4 komplety,

obuwie 2 pary.

**Załącznik nr 2 do Umowy o sprawowanie opieki z dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej w Zakładzie Opieki dla Chronicznie Chorych Kobiet oraz podejmowania decyzji o moim pobycie i liczeniu szpitalnym w razie pogorszenia się mojego stanu zdrowia.

Upoważniam

Imię, nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2)

Imię, nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej przechowywanej w Zakładzie Opieki dla Chronicznie Chorych Kobiet oraz podejmowania decyzji o moim pobycie i leczeniu szpitalnym w razie pogorszenia się mojego stanu zdrowia.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*miejscowość, data, podpis*