

UMOWA
o świadczenie odpłatnych usług medycznych w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym
będącym przedsiębiorstwem Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o.

zawarta w dniu r. w Mikołowie pomiędzy:

Panią/Panem

PESEL:, nr dowodu osobistego:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji

Nr telefonu:

zwaną/zwanym w umowie **ZLECENIODAWCĄ**,

a

Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o.

ul. Waryńskiego 2, 43-190 Mikołów

wpisaną do Rejestru Podmiotów leczniczych pod nr 000000023827, posiadającym wpis do KRS nr 0000335411, NIP: 635-180-25-38 reprezentowanym:

Prezesa Zarządu:

zwaną dalej **CENTRUM**.

§ 1

1. Zleceniodawca zleca Centrum udzielanie odpłatnych całodobowych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych Pani/Panu, PESEL zwanej/zwanemu dalej Pacjentem i zobowiązuje się do zapłaty określonej przez Centrum opłaty za usługi określone w niniejszej umowie.
2. Zleceniodawca oświadcza, iż jest opiekunem faktycznym/prawnym Pacjenta objętego świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, wymienionego w §1 pkt 1.
3. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze obejmują świadczenia podstawowe i mogą obejmować świadczenia dodatkowe płatne wg wyboru Zleceniodawcy. Wykaz świadczeń podstawowych i dodatkowych określa **załącznik nr 1** do niniejszej umowy.
4. Usługi będące przedmiotem niniejszej umowy będą świadczone w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Łaziskach Górnych (**ZPO**) przy ul. Staszica 4, tel. 32 73 70 220.
5. Odpłatność za świadczenia objęte niniejszą umową będzie ustalana na podstawie obowiązującego cennika Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o.
6. Opłata za podstawowe świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze nie obejmuje:
 - a) kosztu leków,
 - b) kosztu pieluchomajtek i innych środków pomocniczych,
 - c) kosztu środków higienicznych,
 - d) kosztu prania,
 - e) badań diagnostycznych z wyjątkiem badań laboratoryjnych wymienionych w załączniku nr 1 pkt A.2,
 - f) terapii logopedycznej.
7. Centrum zobowiązuje się do zawiadomienia Zleceniodawcy o zmianie cennika z co najmniej dwutygodniowym wyprzedzeniem. Brak akceptacji przez Zleceniodawcę zmienionego cennika, wyrażonej na piśmie w terminie 7 dni od zawiadomienia, skutkuje rozwiązaniem umowy z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, który to okres rozpoczyna swój bieg począwszy od dnia zawiadomienia o zmianie cennika.

§ 2

Centrum oświadcza, że posiada wymagane uprawnienia, wykwalifikowany personel medyczny, pomieszczenia i sprzęt niezbędny do wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.

§ 3

1. Przyjęcie do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego odbywa się na pisemny wniosek Zleceniodawcy, stanowiący załącznik nr 2 do umowy.
2. Wraz z wnioskiem o przyjęcie Zleceniodawca zobowiązany jest złożyć:
 - a) oświadczenie, iż u pacjenta nie stwierdzono choroby psychicznej, uzależnienia od środków psychotropowych, leków, alkoholu lub innych środków o zbliżonym działaniu,
 - b) zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów świadczenia usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.
3. Zleceniodawca powinien przedłożyć posiadaną dokumentację medyczną pacjenta z ostatnich 12 miesięcy przed przyjęciem. Zleceniodawca zobowiązuje się przede wszystkim do przekazania informacji o posiadanych schorzeniach, chorobach przewlekłych oraz alergiach pokarmowych lub nietolerancji na leki.

§ 4

1. Centrum deklaruje gotowość przyjęcia Pacjenta na pobyt odpłatny od dnia r.
2. Zleceniodawca zobowiązuje się dowieźć Pacjenta do Zakładu na własny koszt w uzgodnionym obustronnie terminie, o którym mowa w ust. 1. Po zakończeniu obowiązywania niniejszej umowy Zleceniodawca zobowiązuje się do odbioru Pacjenta z Zakładu.
3. W okresie pobytu pacjenta Zleceniodawca zobowiązuje się do:
 - a) zapewnienia środków higieny osobistej (mydło, szampon, balsam do ciała, maszynki do golenia, itp.),
 - b) zapewnienia czystej bielizny osobistej i odzieży pacjenta, przy czym bielizna i odzież powinna być oznakowana w sposób umożliwiający identyfikację,
 - c) zapewnienia dla Pacjenta leków i materiałów medycznych, które są wymagane do stosowania u Pacjenta.
4. Zleceniodawca ma obowiązek uzupełnić/dostarczyć środki, o których mowa w §4 pkt 3 na każde wezwanie Centrum w terminie do 2 dni. Może również skorzystać odpłatnie ze świadczeń dodatkowych.

§ 5

1. Jeśli Pacjent podczas pobytu będzie wymagał leczenia szpitalnego, za okres pobytu w szpitalu, Centrum będzie pobierać opłatę obniżoną 15 % stawki za osobodzień, przez okres nie dłuższy niż 15 kolejnych dni kalendarzowych. Jeśli pobyt przekracza ww. okres, Zleceniodawca może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym, chyba że zadeklaruje ponoszenie pełnej opłaty za okres nieobecności.
2. Pacjent może korzystać z przepustek. Za okres przepustki Centrum pobiera opłatę z tytułu rezerwacji łóżka w wysokości 15% stawki za osobodzień. Obniżenie opłaty może dotyczyć maksymalnie 5 dni w miesiącu kalendarzowym. Za pozostałe dni przepustki opłata wynosi 100% stawki dziennej. Centrum nie ponosi kosztów transportu Pacjenta związanych z przepustką.
3. Wniosek o przepustkę należy złożyć u Kierownika Zakładu nie później niż 3 dni przed planowaną nieobecnością pacjenta.
4. Od Pacjenta przebywającego w szpitalu lub korzystającego z przepustki nie pobiera się opłaty za pranie.
5. Centrum nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia będące następstwem pobytu Pacjenta poza terenem Zakładu (pobyty na przepustce, wizyty oraz pobyty w szpitalu).

§ 6

Centrum oświadcza, iż:

- a) prowadzi indywidualną dokumentację medyczną pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- b) umożliwia pacjentowi kontakt z rodziną i bliskimi zgodnie z wewnętrznymi przepisami Zakładu,

- c) nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty i pieniądze, które nie zostały przekazane do depozytu,
- d) zastrzega sobie prawo zmiany zakwaterowania Pacjenta, w obrębie Zakładu, uwzględniając potrzeby wszystkich pacjentów.
- e) pacjent może posiadać w pokoju prywatne przedmioty, pod warunkiem, iż nie zagrażają one bezpieczeństwu lub wygodzie innych pacjentów.

§ 7

1. Umowa zawarta jest na czas określony/nieokreślony od dnia r. do r.
2. Umowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta.
3. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania umowy przed upływem okresu na jaki została zawarta, z co najmniej z 3 dniowym okresem wypowiedzenia, chyba że strony uzgodnią inny termin. Rozwiązanie umowy musi być złożone na piśmie pod rygorem nieważności. Umowa ulega rozwiązaniu w dniu wskazanym w piśmie.

§ 8

1. Zleceniodawca zobowiązany jest do zapłaty na rzecz Centrum miesięcznego wynagrodzenia za podstawowe świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, określone w zał. nr 1. Opłata ta jest ustalana jako iloczyn stawki za osobodzień pobytu, określonej w obowiązującym cenniku Centrum oraz ilości dni pobytu w danym miesiącu kalendarzowym. Na dzień podpisania umowy stawka za osobodzień wynosi zł (..... zł w przypadku pobytu równego lub krótszego niż 30 dni).
2. W przypadku wcześniejszego rozwiązania przez Zleceniodawcę umowy zawartej na okres powyżej 30 dni, Zleceniodawca zobowiązuje się dopłacić różnicę pomiędzy stawką za osobodzień, właściwą dla pobytu poniżej 30 dni, a obowiązującą dla okresów powyżej 30 dni, za cały faktyczny okres pobytu.
3. Opłatę za pobyt nalicza się za każdą rozpoczętą dobę pobytu, chyba że strony uzgodnią inaczej, na piśmie po rygorem nieważności.
4. Analogicznie, obniżenie opłaty za nieobecność opisaną w § 5 pkt 1 i 2 nalicza się z wyłączeniem pierwszego dnia nieobecności.
5. Opłaty za pobyt należy wносить na konto bankowe:
MBS MIKOŁÓW 50 8436 0003 0000 0026 6251 0010 lub wpłacić w kasie Centrum.
Tytuł przelewu: Pobyt w ZPO za miesiąc/rok Imię i nazwisko pacjenta
6. Pierwsza opłata nastąpi najpóźniej jeden dzień przed przyjęciem Pacjenta do Zakładu. Dowód wpłaty należy okazać przy przyjęciu Pacjenta do Zakładu. Pierwsza opłata za okres od do..... wynosi (tj.zadni). Kolejne opłaty będą naliczane za pełne miesiące kalendarzowe.
7. Zleceniodawca zobowiązuje się uiszczać opłatę miesięczną z góry. Ostateczny termin zapłaty upływa na trzy dni robocze przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca kalendarzowego.
8. W przypadku nie uiszczenia opłaty za pobyt pacjenta w ustalonym terminie Centrum ma prawo naliczyć odsetki ustawowe za opóźnienie za każdy dzień opóźnienia.
9. Zleceniodawca zamawia / nie zamawia odpłatne świadczenia dodatkowe wg załącznika 1, część B pkt 1 – pranie rzeczy osobistych z suszeniem.
10. Należność za pranie rzeczy osobistych z suszeniem będzie uregulowana przez Zleceniodawcę w terminie określonym w ustępie 7 wraz z należnością główną, a w pozostałych przypadkach (**zał. 1 część B**) po wykonaniu zamówionej usługi na koniec danego miesiąca kalendarzowego. Pierwsza opłata za pranie wynosi
11. Po dokonaniu każdej wpłaty, na żądanie pacjenta lub opiekuna, zostanie wystawiona faktura VAT.

§ 9

1. Centrum zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym w przypadku:
 - a) agresywnych zachowań Pacjenta wobec personelu, pacjentów lub innych osób,
 - b) umyślnego wyrządzenia przez Pacjenta szkód w mieniu Centrum lub osób trzecich,
 - c) nie uiszczenia opłaty za pobyt pacjenta w ustalonym terminie,
 - d) naruszenia przez Zleceniodawcę terminów z § 4 p.3 umowy,
 - e) wystąpienia u pacjenta przeciwwskazań natury zdrowotnej, np. choroby zakaźnej, choroby psychicznej, uzależnienia od środków psychotropowych, leków, alkoholu itp.
2. Zleceniodawca zobowiązuje się odebrać pacjenta w dniu rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym.
3. Centrum powiadamia Zleceniodawcę z 2-dniowym wyprzedzeniem o terminie wypisania Pacjenta. Zleceniodawca zobowiązuje się do odbioru Pacjenta i wszystkich jego osobistych rzeczy z Zakładu, z wyjątkiem sytuacji o których mowa w pkt. 1 .
4. Za każdy dzień zwłoki w odbiorze Pacjenta, Centrum naliczy Zleceniodawcy opłatę dodatkową w wysokości 100% stawki podstawowej za osobodzień.

§ 10

1. Zleceniodawca ma prawo do rezygnacji z pobytu Pacjenta po uiszczeniu opłaty za pobyt, a przed jego przyjęciem do Zakładu. Centrum zwróci opłatę w całości na wskazany rachunek bankowy. Rezygnacja powinna być złożona na piśmie, wówczas umowa ulega rozwiązaniu z dniem złożenia rezygnacji.
2. Jeśli Zleceniodawca złoży oświadczenie, o którym mowa w § 7 ust. 3, Centrum rozliczy opłatę proporcjonalnie do okresu pobytu Pacjenta w Zakładzie.

§ 11

Poza przypadkami wskazanymi w umowie, umowa ulega rozwiązaniu również w następujących sytuacjach:

- a) braku opłaty za pobyt przed przyjęciem do Zakładu,
- b) zgonu pacjenta.

§ 12

Zleceniodawca oświadcza, iż świadomie decyduje się na korzystanie z odpłatnego świadczenia zdrowotnego poza systemem świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w związku z powyższym nie będzie dochodził zwrotu poniesionych kosztów związanych z realizacją niniejszej umowy wobec płatnika publicznego, tj. NFZ ani wobec Centrum.

§ 13

W sprawach nie uregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011, nr 112 poz.654 ze zm.), ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2008r. nr 168 poz.1027 ze zm.).

§ 14

Sprawy sporne, wynikające z realizacji niniejszej umowy Strony będą starały się rozstrzygnąć w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia, spór rozstrzygać będzie sąd właściwy miejscowo dla siedziby Centrum.

§ 15

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Zleceniodawcy i dwa dla Zleceniobiorcy.

.....
(Centrum)

.....
(Zleceniodawca)

Zakres świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych

A. Świadczenia podstawowe

1. Opieka lekarska: 2 x w tygodniu wizyta lekarska i w razie potrzeby porady na wezwanie oraz konsultacja specjalisty psychiatrii /neurologii, kontynuacja leczenia przewlekłego w oparciu o dostarczoną dokumentację medyczną;
2. Diagnostyka – podstawowe badania laboratoryjne zlecane przez lekarza ZPO (morfologia, badanie ogólne moczu, glikemia);
3. Całodobowa opieka pielęgniarstwa wg opracowanego planu pielęgnacji, w tym kąpiel w wannie 1 x w tygodniu, toaleta całkowita ciała 1 x dzień, toaleta częściowa wg potrzeb - jeśli wymagana jest pomoc osób trzecich; pomoc przy wykonywaniu czynności dnia codziennego, profilaktyka przeciwoleżynowa;
4. Rehabilitacja wg zaleceń lekarza ZPO, m.in.:
 - a. udział w zabiegach grupowych
 - b. kinezyterapia- ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia o działaniu miejscowym, itp.
 - c. elektroterapia,
 - d. masaż,
5. Terapia zajęciowa – terapia grupowa i indywidualna z uwzględnieniem możliwości i zainteresowań pacjenta;
6. Wsparcie psychologiczne – zależnie od potrzeb;
7. Diagnoza logopedyczna w celu określenia potrzeb terapeutycznych;
8. Wywiad żywieniowy i dobór diety przy przyjęciu;
9. Zapewnienie całodziennego wyżywienia składającego się z 4 posiłków;
10. Opieka duszpasterska, możliwość uczestniczenia we Mszy św. – 1 x miesiąc
11. Świadczenia niemedyczne np. drobne zakupy, umożliwienie kontaktu telefonicznego z rodziną, itp.

B. Świadczenia dodatkowo płatne *

1. Pranie rzeczy osobistych z suszeniem – ryczałt dzienny płatny razem z należnością główną – 1 zł/dzień,
2. Koszt środków higienicznych (np. mydło, szampon, maszynki do golenia, krem) – **wg rachunku**,
3. Zabiegi rehabilitacyjne (indywidualny pakiet) – **30 zł/godz.**,
4. Terapia logopedyczna – **50 zł/30 min.**,
5. Indywidualna opieka pielęgniarstwa - **25 zł/godz.**,
6. Indywidualna opieka opiekuna medycznego- **17 zł/godz.**

*** Świadczenia dodatkowe płatne po wykonaniu usługi na koniec miesiąca (za wyjątkiem prania z suszeniem).**

Uwaga:

Pacjent posiadając ubezpieczenie zdrowotne i przebywając odpłatnie w ZPO korzysta w dalszym ciągu ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Leki, środki pomocnicze (w tym pieluchomajtki) i inne wyroby medyczne zlecane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zapewnia Zleceniodawca. Wizyty Pacjenta u lekarzy specjalistów, badania diagnostyczne zlecane przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego są realizowane w ramach przepisów ubezpieczenia zdrowotnego.

Załącznik 2
do umowy na świadczenia w ZPO

Mikołów, dnia r.

WNIOSEK O PRZYJĘCIE
do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego

Ja niżej podpisana/y

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
rodzaj i nr dokumentu tożsamości

.....
telefon

Będąc opiekunem Pana /Pani :

.....
nazwisko, imię

.....
adres zamieszkania

.....
Nr PESEL (w przypadku braku nr PESEL rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

wnoszę o przyjęcie mojego/mojej podopiecznego/nej do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Łaziskach Górnych ul. Staszica 4, prowadzonego przez Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o. o.

Oświadczam, iż u mojego/mojej podopiecznego/nej nie stwierdzono choroby psychicznej, uzależnienia od środków psychotropowych, leków, alkoholu, itp.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego/mojej podopiecznego/nej w zakresie niezbędnym do prowadzenia dokumentacji administracyjno-medycznej oraz w związku z udzielaniem świadczeń w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w Łaziskach Górnych przy ul. Staszica 4.

.....
Podpis osoby składającej wniosek - opiekun