



Gdańsk, dnia.....

UMOWA O SPRAWOWANIU OPIEKI NAD PODOPIECZNYM

Dotyczy opieki nad:

imię i nazwisko

data urodzenia

zamieszkały(a) w

§ 1. Partnerzy umowy

UMOWA O SPRAWOWANIU OPIEKI NAD w/w PODOPIECZNYM

1. Zleceniodawca

imię i nazwisko

adres zamieszkania

numer telefonu

2. Zleceniobiorca

PULS-MEDIC Sp. z o. o

80-809 Gdańsk

ul. Chałubińskiego 23

NIP 583-27-40-081

numer telefonu: **58 303 43 30,**

§ 2. Okres trwania umowy

Umowa obowiązuje odi zostaje zawarta na czas nieokreślony z możliwością wypowiedzenia zgodną z §10.

Umowa zostaje zawarta na czas ograniczony, poczynając od.....
i wygasa.....bez konieczności wcześniejszego wypowiedzenia.

§ 3. Zastępstwo

Zleceniobiorca nie jest zobowiązany do osobistego wykonywania zadań. Ustala się, że wyznaczone przez niego osoby mogą zastępować Zleceniobiorcę. Zleceniobiorca oświadcza, że do świadczeń, o których mowa w niniejszej umowie deleguje osoby legitymujące się wiedzą i doświadczeniem w zakresie udzielania świadczeń opiekuńczych.



DEDYKOWANY OPIEKUN MEDYCZNY / PIEŁĘGNIARKA / REHABILITANT

imię i nazwisko

numer telefonu

§ 4. Zakres wykonywanej pracy

OPIEKUNKA MEDYCZNA

Przedmiotem umowy są czynności sprawowania opieki nad ww. podopiecznym. Zakres obowiązków opiekuna/-ki medycznej może obejmować poniższe czynności. Proszę właściwie odznaczyć:

- ☐ pomoc lub wykonanie czynności higienicznych (codzienna toaleta w tym przeciwoleżynowa, ubieranie, rozbieranie, pomoc przy wstawaniu z łóżka i układanie do snu, pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych, zmiana pieluchy/majtek, mycie głowy, zmiana pościeli, obcinanie paznokci, higiena jamy ustnej)

Do w/w czynności niezbędne są rękawiczki jednorazowe, które zapewnia opiekunce podopieczny lub jego rodzina.

- ☐ przygotowywanie i podanie posiłków oraz napojów dostosowanych do potrzeb podopiecznego - gotowanie dla pacjenta (nie dla całej rodziny).
- ☐ robienie zakupów, realizacja recept
- ☐ sprzątanie pomieszczeń mieszkalnych/pokój pacjenta (do obowiązków opiekunki NIE należy mycie okien i sprzątanie całego mieszkania)
- ☐ wynoszenie śmieci
- ☐ dbanie o odzież pacjenta (pranie w pralce, prasowanie)
- ☐ dbanie o odpowiednią temperaturę oraz regularne wietrzenie pomieszczeń
- ☐ monitorowanie przyjęcia leków wcześniej przygotowanych przez pacjenta lub rodzinę
- ☐ pomoc w czynnościach dnia codziennego
- ☐ pomoc przy poruszaniu się / asekuracja
- ☐ pomoc i towarzyszenie w dotarciu np. do lekarza,
- ☐ pomoc w załatwieniu spraw urzędowych np. poczta.
- ☐ aktywizacja umysłowa
- ☐ ćwiczenia ruchowe (to nie jest rehabilitacja)
- ☐ organizacja czasu wolnego (spacery, rozrywka)
- ☐ dotrzymanie towarzystwa, rozmowa
- ☐ podtrzymywanie i rozwijanie zainteresowań
- ☐ terapia zajęciowa (zajęcia plastyczne, rysunek, gry, puzzle)



PIELĘGNIARKA

Przedmiotem umowy są świadczenia pielęgniarskie. Zakres obowiązków pielęgniarki może obejmować poniższe czynności. Proszę właściwie odznaczyć:

- ☐ leczenie ran przewlekłych
- ☐ zdjęcie szwów
- ☐ iniekcje podskórne, dożylnie
- ☐ wlewy kroplowe
- ☐ profilaktyka p/odleżynowa

REHABILITANT

Przedmiotem umowy są usługi rehabilitanta, które mogą obejmować poniższe czynności. Proszę właściwie odznaczyć:

- ☐ rehabilitacja
- ☐ fizykoterapia
- ☐ ćwiczenia
- ☐ masaże

§ 5. Czas pracy

Usługi świadczone są w następujących dniach i godzinach:

poniedziałek.....
wtorek.....
środa.....
czwartek.....
piątek.....
sobota.....
niedziela.....

Uwagi:

.....
.....
.....

Grafik ustalany jest na tydzień. Po tym czasie mogą ulec zmianie dni i godziny pracy opiekunki. Nie gwarantujemy przez cały okres trwania zlecenia – takich samych dni i godzin opieki. Zrobimy wszystko, aby się dostosować do Państwa wymagań, ale nie zawsze będzie to możliwe. W przypadku urlopu i choroby opiekunki – staramy się zapewnić zastępstwo.

§ 6. Unikanie zagrożenia życia lub zdrowia

Opiekun/-ka zobowiązany/-a jest podczas sprawowania opieki nad podopiecznym unikać sytuacji zagrażających zdrowiu lub życiu podopiecznego. To zobowiązanie dotyczy przede wszystkim podjęcia odpowiednich kroków zapobiegających wypadkom podczas czynności związanych z gospodarstwem



domowym, przestrzeganie zaleceń dotyczących przygotowywania posiłków, jak również uwzględnienie ruchliwości osoby podopiecznej .

Podanie konkretnych informacji co do fizycznych ograniczeń osoby podopiecznej (np. ograniczona zdolność widzenia, ograniczony słuch, ograniczona zdolność ruchu) czy też innych ważnych ograniczeń i objawów (np. zawroty głowy, słabość, bóle, dezorientacja, demencja, stany lękowe, bierność, agresja) jest konieczne w przypadku ich bezpośredniego związku z czynnościami wykonywanymi przez opiekuna/opiekunkę.

Opis objawów chorobowych osoby podopiecznej:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

§ 7. Wskazówki co do postępowania w sytuacjach życia codziennego i w nagłych wypadkach

Osoba sprawująca opiekę zobowiązana jest do powiadomienia niżej wymienionych osób w razie nagłego wypadku lub zmian w stanie ogólnym lub zachowaniu osoby podopiecznej (np. w przypadku wystąpienia gorączki, wysypki, zaburzeń trawienia, zmian w przyjmowaniu pokarmu i napojów, bólu, lęku, zwiększonej potrzeby snu, bierności, agresji):

1)

imię i nazwisko

adres zamieszkania

numer telefonu

2)

imię i nazwisko

adres zamieszkania

numer telefonu

§ 8. Poszanowanie praw osobistych i sfery prywatnej

Opiekun/-ka szanuje prawa osobiste osoby podopiecznej, a zwłaszcza jej prawa do przyzwoitego traktowania, do poszanowania sfery prywatnej i intymnej jak i tajemnicy korespondencji oraz telekomunikacji. Osoba sprawująca opiekę bierze wgląd na rytm życia, potrzebę spokoju i życzenia osoby podopiecznej.



§ 9. Wynagrodzenie*

Wynagrodzenie za pracę wykonaną przez:

- ☐ **opiekunkę medyczną**
- ☐ **40zł/1 godz./jeden podopieczny** (w dni robocze w godz. 07:00-19:00, w przypadku zlecenia na min. 2 godz. podczas jednej wizyty)
- ☐ **50zł/1godz./jeden podopieczny** (w niedzielę i święta i w godz. nocnych od 19:00-7:00 w przypadku zlecenia na min. 2 godz. podczas jednej wizyty)
- ☐ **40zł/1 godz./jeden podopieczny** (w niedzielę i święta i w godz. nocnych od 19:00-7:00 w przypadku zlecenia powyżej 2 godz. podczas jednej wizyty)

Abonamenty medyczne

☐	MINI 40 h	1 520 zł	obejmuje 5 wizyt tygodniowo w dni robocze od poniedziałku do piątku, codziennie przez 2 godziny (w godz. 7:00-19:00) przez okres jednego miesiąca kalendarzowego
☐	MEDIUM 80 h	2 880 zł	obejmuje 5 wizyt tygodniowo, w dni robocze od poniedziałku do piątku, codziennie przez 4 godziny (w godz. 7:00-19:00) przez okres jednego miesiąca kalendarzowego
☐	MAXI 120 h	4 320 zł	obejmuje 5 wizyt tygodniowo, w dni robocze od poniedziałku do piątku, codziennie przez 6 godzin (w godz. 7:00-19:00) przez okres jednego miesiąca kalendarzowego.
☐	PAKIET DZIENNY 40 h	1 520 zł	obejmuje 40 godzin od poniedziałku do piątku (w godz. 7:00-19:00) do końca każdego miesiąca
☐	PAKIET WEEKEND 20 h	800 zł	obejmuje wizyty min 2 godzinne do wykorzystania w soboty i niedziele do końca każdego miesiąca
☐	PAKIET DOBOWY 24 h	500 zł	obejmuje wizytę ciągłą 24 godzinną
☐	GODZINY NOCNE	420 zł	obejmuje opiekę nocną w godz. 20:00-7:00
☐	PAKIET TYGODNIOWY	1400 zł	obejmuje 7 dni opieki ciągłej z zamieszkaniem
☐	PAKIET MIESIĘCZNY	4500 zł	obejmuje miesiąc opieki ciągłej z zamieszkaniem

- ☐ **pielęgniarkę** - od 100 zł /wizyta
- ☐ **rehabilitanta** – 120 zł/1 godz.
- ☐ **terapia zajęciowa** - 50zł /1 godz.

*Należy zakreślić rodzaj usługi i wybrany pakiet.



Należność za wykonane usługi należy wypłacić Zleceniobiorcy z góry za tydzień w terminie do:.....

na konto bankowe SANTANDER BANK POLSA S.A. nr konta: 82 1500 1171 1211 7002 4569 0000

W TYTULE proszę wpisać: **imię i nazwisko podopiecznego oraz dopisać USŁUGI OPIEKUŃCZE**

Należność powinna zostać zaksięgowana na koncie Zleceniobiorcy przed rozpoczęciem świadczenia usług oraz przed rozpoczęciem każdego kolejnego miesiąca świadczenia usług. W przypadku braku wpłaty w wymaganym terminie – usługa opieki zostanie wstrzymana.

W przypadku gdy opieka jest opłacona, a podopieczny przebywa w szpitalu możliwe są następujące rozwiązania :

- zwrot wpłaconych pieniędzy,
- przeniesienie opieki na teren szpitala,
- kontynuacja opieki w domu po powrocie podopiecznego ze szpitala.

W przypadku gdy opieka jest opłacona, a podopieczny zmarł, na prośbę rodziny zwracamy pieniądze za niewykorzystaną opiekę na konto.

§ 10. Wymówienie / rozwiązanie umowy

Partnerów umowy obowiązuje tygodniowy okres wypowiedzenia. Wypowiedzenie powinno nastąpić w formie pisemnej. W przypadku wypowiedzenia umowy przez Zleceniodawcę, prosimy o przesłanie wypowiedzenia na adres e-mail: **biuro@pulsmedic.pl**

Każdy partner umowy ma prawo do rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia ważnego powodu. np. pobyt podopiecznego w szpitalu, śmierci itp.

§ 11 Postanowienia ogólne

W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....
ZLECENIODAWCA

.....
ZLECENIOBIORCA