



Gdańsk, dnia.....

## UMOWA O SPRAWOWANIU OPIEKI NAD PODOPIECZNYM

Dotyczy opieki nad:

---

*imię i nazwisko*

---

*PESEL*

---

*adres zamieszkania                      miasto, kod-pocztowy, ulica, nr nieruchomości, nr lokalu*

### *SYTUACJA RODZINNA*

- Osoba samotna                       Częściowe wsparcie rodziny                       Duże wsparcie rodziny

Waga \_\_\_\_\_ Wzrost \_\_\_\_\_ Grupa krwi \_\_\_\_\_ Alergie \_\_\_\_\_  
*dane podstawowe*

---

*schorzenia*

---

*leki*

---

*skala Barthel – zał. nr 1*

- Wymaga odsysania                       Wymaga karmienia przez zglębnik                       Wymaga iniekcji podskórnych

---

*inne informacje o podopiecznym, opis objawów chorobowych 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.



## § 1. Partnerzy umowy

### 1. Zleceniodawca

---

imię i nazwisko

rodzaj kontaktu

---

adres zamieszkania

---

numer telefonu

e-mail (w celu przesyłania raportów z czasu pracy opiekunek)

### 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 od .....i zostaje zawarta na **czas nieokreślony** z możliwością wypowiedzenia zgodną z §10
- Umowa zostaje zawarta na **czas określony**, począwszy 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.

## § 4. Zakres wykonywanej pracy

### **OPIEKUNKA/OPIEKUNKA MEDYCZNA**

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

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



	<b>Zakres wykonywanej pracy</b>	<b>Uwagi</b>
<input type="checkbox"/>	Asystowanie przy korzystaniu z toalety	.....
<input type="checkbox"/>	Asystowanie przy myciu	.....
<input type="checkbox"/>	Asystowanie przy przemieszczaniu się	.....
<input type="checkbox"/>	Ćwiczenia ruchowe (nie jest to rehabilitacja)	.....
<input type="checkbox"/>	Golenie twarzy	.....
<input type="checkbox"/>	Mycie całego ciała	.....
<input type="checkbox"/>	Mycie głowy i pielęgnacja włosów	.....
<input type="checkbox"/>	Nadzór nad przyjmowaniem leków	.....
<input type="checkbox"/>	Oklepywanie	.....
<input type="checkbox"/>	Opróżnianie worka urologicznego / stomijnego	.....
<input type="checkbox"/>	Pielęgnacja jamy ustnej	.....
<input type="checkbox"/>	Pielęgnacja miejsc zmienionych chorobowo	.....
<input type="checkbox"/>	Pielęgnacja paznokci rąk i stóp	.....
<input type="checkbox"/>	Podtrzymywanie kontaktu z instytucjami	.....
<input type="checkbox"/>	Pomiar podstawowych parametrów życiowych	.....
<input type="checkbox"/>	Pomoc przy regulowaniu rachunków	.....
<input type="checkbox"/>	Pomoc przy zakupach	.....
<input type="checkbox"/>	Pomoc w spożywaniu posiłków	.....
<input type="checkbox"/>	Pomoc w utrzymywaniu kontaktu z bliskimi	.....
<input type="checkbox"/>	Pranie i prasowanie	.....
<input type="checkbox"/>	Przebieranie w czystą odzież	.....
<input type="checkbox"/>	Prześcielenie łóżka	.....
<input type="checkbox"/>	Przyrządzanie lub dostarczanie posiłków	.....
<input type="checkbox"/>	Realizacja indywidualnych zainteresowań	jakich?.....
<input type="checkbox"/>	Sprzątanie pomieszczeń	.....
<input type="checkbox"/>	Układanie w łóżku i pomoc przy zmianie pozycji	.....
<input type="checkbox"/>	Wietrzenie pomieszczeń	.....
<input type="checkbox"/>	Wychodzenie na spacer	.....
<input type="checkbox"/>	Wykonywanie inhalacji	.....
<input type="checkbox"/>	Zapobieganie odleżynom	.....
<input type="checkbox"/>	Zgłaszanie wizyt lekarskich	.....
<input type="checkbox"/>	Zmiana pieluchomajtek	.....
<input type="checkbox"/>	Wykonywanie inhalacji	.....
<input type="checkbox"/>	Wynoszenie śmieci	.....
<input type="checkbox"/>	inne.....	.....
<input type="checkbox"/>	inne.....	.....
<input type="checkbox"/>	inne.....	.....
<input type="checkbox"/>	inne.....	.....



## 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
- inne.....

## 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 z góry na cały okres trwania umowy jednak dni i godziny pracy mogą ulec zmianie. Nie gwarantujemy przez cały okres trwania zlecenia – takich samych dni i godzin opieki. Zrobimy wszystko, aby dostosować się do Państwa wymagań, ale nie zawsze będzie to możliwe. W przypadku urlopu lub 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 .

## § 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*

*rodzaj kontaktu*

---

numer telefonu

2)

---

*imię i nazwisko*

*rodzaj kontaktu*

---

*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**
- 50 zł/1 godz./**jeden podopieczny (w dni robocze w godz. 07:00-19:00, w przypadku zlecenia na min. 2 godz. podczas jednej wizyty)
- 80 zł/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)
- 70 zł/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

<input type="checkbox"/>	<b>MINI 40 h</b>	<b>1 920 zł</b>	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
<input type="checkbox"/>	<b>MEDIUM 80 h</b>	<b>3 600 zł</b>	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
<input type="checkbox"/>	<b>MAXI 120 h</b>	<b>4 920 zł</b>	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.
<input type="checkbox"/>	<b>PAKIET DZIENNY 40 h</b>	<b>1 920 zł</b>	obejmuje 40 godzin od poniedziałku do piątku (w godz. 7:00-19:00) do końca każdego miesiąca
<input type="checkbox"/>	<b>PAKIET WEEKEND 20 h</b>	<b>990 zł</b>	obejmuje wizyty min 2 godzinne do wykorzystania w soboty i niedziele do końca każdego miesiąca
<input type="checkbox"/>	<b>PAKIET DOBOWY 24 h</b>	<b>1 120 zł</b>	obejmuje wizytę ciągłą 24 godzinną
<input type="checkbox"/>	<b>GODZINY NOCNE</b>	<b>520 zł</b>	obejmuje opiekę nocną w godz. 20:00-7:00
<input type="checkbox"/>	<b>PAKIET TYGODNIOWY</b>	<b>1 600 zł</b>	obejmuje 7 dni opieki ciągłej z zamieszkaniem
<input type="checkbox"/>	<b>PAKIET MIESIĘCZNY</b>	<b>5 600 zł</b>	obejmuje miesiąc opieki ciągłej z zamieszkaniem

- pielęgniarkę** - od 100 zł /wizyta  
*płatne za pierwszą wizytę pielęgniarki w przypadku niepodpisania umowy*
- rehabilitanta** – od 150 zł/1 godz.
- terapia zajęciowa** – od 80zł /1 godz.

\*Należy zakreślić rodzaj usługi i wybrany pakiet.



Należność za wykonane usługi należy wypłacić Zleceniobiorcy z góry za cały okres trwania umowy 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 :

- jednorazowe wydłużenie okresu rozliczeniowego,
- przeniesienie opieki na teren szpitala,
- zwrot wpłaconych pieniędzy,
- 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, z którego nastąpiła płatność za usługę.

#### **§ 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.

#### **§ 12 Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych**

Administratorem danych osobowych zawartych w umowie, w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) jest PULS-MEDIC Sp. z o.o., 80-809 Gdańsk, ul. T. Chałubińskiego 23, która przetwarza dane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w zakresie i celu realizacji niniejszej umowy i jest warunkiem jej realizacji. Szczegółowe informacje znajdują się na stronie [www.pulsmedic.pl](http://www.pulsmedic.pl) w zakładce RODO

.....

ZLECENIODAWCA

.....

ZLECENIOBIORCA



Zał. Nr. 1

## KARTA OCENY STANU PACJENTA WG SKALI BARTHEL

L/p	NAZWA CZYNNOŚCI	WARTOŚĆ PUNKTOWA
1.	<b>Spożywanie posiłków</b> 0= nie jest w stanie samodzielnie jeść lub przełykać, 5= potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu, karmieniu doustnym 10= samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie</b> 0= nie jest w stanie przemieszczać się, nie zachowuje równowagi przy siadaniu oraz siedzeniu 5= przemieszcza się z pomocą fizyczną jednej lub dwóch osób, może siedzieć 10= mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15=samodzielny	
3.	<b>Utrzymanie higieny osobistej</b> 0= nie jest w stanie wykonać żadnych czynności higienicznych 5= potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności higienicznych 10=samodzielny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, także z zapewnionymi pomocami	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC)</b> 0= nie korzysta w ogóle z toalety 5= potrzebuje lub częściowo potrzebuje pomocy przy korzystaniu z toalety 10=samodzielny w dotarciu do toalety oraz w zdejmowaniu i zakładaniu części garderoby	
5.	<b>Mycie i kąpiel całego ciała</b> 0= kąpany w wannie przy pomocy podnośnika 5= wymaga pomocy 10=samodzielny	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b> 0= w ogóle nie porusza się 5= porusza się na odległość do 50m za pomocą sprzętu wspomagającego i z pomocą co najmniej jednej osoby 10= samodzielny, niezależny w poruszaniu się na odległość powyżej 50m, także w użyciu sprzętu wspomagającego	
7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b> 0= nie jest w stanie wchodzić i schodzić po schodach nawet z pomocą innej osoby 5= potrzebuje pomocy fizycznej asekuracji, przenoszenia 10= samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie</b> 0= potrzebuje kompleksowej pomocy innej osoby 5= potrzebuje częściowej pomocy innej osoby 10= samodzielny, niezależny (także w zapinaniu guzików, zamka, zawiązywanie sznurowadeł)	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b> 0= nie panuje nad oddawaniem stolca 5= sporadycznie bezwiednie oddaje stolec 10= kontroluje oddawanie stolca	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</b> 0= nie panuje nad oddawaniem moczu 5= sporadycznie bezwiednie oddaje mocz 10= kontroluje oddawanie moczu	
<b>Łączna liczba punktów (wynik oceny)</b>		

.....

data, podpis pielęgniarki