

清福醫院附設居家護理所居家照護契約書

本契約已於民國_____年_____月_____日提供予立契約書人開始審閱_____日(審閱期至少五日)。

經由居家護理師充分解說契約內容，立契約書人自願提前簽訂本契約或同意放棄本契約之審閱期。

立契約書人簽章：

居家護理師簽章：

立契約書人_____ (以下稱為甲方)茲因個案需求，願意接受清福醫院附設居家護理所(以下稱為乙方)提供之居家照護，雙方同意訂定契約一式兩份，雙方各執一式為憑，約定如下：

一. 甲方同意將其家屬(個案)即_____先生/女士，自民國_____年_____月_____日起至結案日止接受乙方居家照護。

二. 甲方應有的權利：

- (一) 有權利得到專業醫護人員所提供的醫療服務。
- (二) 若您因健康或精神上無行為能力時，您的家人或監護人可代為行使權利。
- (三) 宗教、信仰、文化、信念皆有權受到尊重。
- (四) 任何所須負擔費用，應先告知您。
- (五) 有權知道病況進展以及參與訂定護理計劃。
- (六) 有權知道並決定接受來訪的頻率。
- (七) 有權知道各項護理措施的目的、進行過程及注意事項。
- (八) 有權接受或拒絕任何醫護措施，並獲知所做的決定可能引起的後果。
- (九) 有權獲得照護之知識與技巧。
- (十) 有權受到應有的尊重，並保障其隱私。
- (十一) 有權被告知所服務之項目將於何時、何種情況下終止提供。
- (十二) 有權提出申訴，並得到迅速及公平的處理；亦可對居家護理師或本所提出讚許，申訴或讚許之管道如下：

- 本院申訴電話：(02) 2673-0721 24 小時投訴專線:0983-101-680
- 書面申訴：清福醫院院長室 網站：<http://www.hsiachospital.org/>
- 新北市衛生局心理衛生及長期照顧科(02)2257-7155
- 衛生局醫療爭議陳情專線 0800-085-115

三. 甲方應有的義務：

- (一) 應向醫護人員詳盡提供您的健康資料，過去疾病病史、過敏症狀及其有關資料。
- (二) 應遵從醫護人員所提出並經您同意之醫療措施及指示。
- (三) 不應要求醫護人員提供不正確資料或假證明。
- (四) 簽署所有必須的服務同意書及給付必須的費用。
- (五) 將必要的家庭相關資料提供給護理服務機構。
- (六) 參與有關個案護理計劃之擬定。
- (七) 若拒絕接受護理或是不按照原定的護理計畫時，願負責其所產生之不良後果。
- (八) 提供良好及安全的居家環境，並以尊重及體諒的態度對待居家護理人員。
- (九) 與您的醫療團隊充分合作。
- (十) 當您無法履行合約時，請事先通知護理服務機構。

四. 乙方提供甲方接受特殊照護群組與服務頻率：

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 氣切造口器-頻率：_____次/月 | <input type="checkbox"/> 留置導尿管-頻率：_____次/月 |
| <input type="checkbox"/> 留置鼻胃管-頻率：_____次/月 | <input type="checkbox"/> 醫師訪視-頻率：_____次/二~四個月 |
| <input type="checkbox"/> 其他：_____頻率：_____次/月 | |

備註：(以上照護項目或頻率若有變更於下方註明)

五. 支付費用規定：

(一) 醫療費用：

- 免部分負擔：全民健康保險卡註記榮民、福保、或持有疾病診斷符合重大傷病者。
- 5%部分負擔：一般健保身分。
- 自費：不符合健保收案條件或甲方超出乙方提供特殊照護群組服務頻率。

依全民健康保險局所訂之收費標準如下：

服務項目	照護項目	總費用	5%費用
護理訪視第一類	一般護理評估、護理指導、採取檢體。	840	42
護理訪視第二類	一項特殊照護群組：只更換鼻胃管或導尿管等。	1164	58
護理訪視第三類	二項特殊照護群組：同時更換鼻胃管及導尿管等二項服務。	1404	70
護理訪視第四類	三項以上特殊照護群組：同時更換鼻胃管、導尿管、氣切造口。	1644	82
醫師訪視	身體評估、醫療諮詢及建議。	1242 600	62 30

管路	材質	耗材部分負擔皆以健保浮動價5%計算
鼻胃管	矽質	
導尿管	矽質	
氣切套管	矽質	
	一般	
	特殊材質	

(二)交通費用：以服務機構往返甲方之計程車費實際支付，收取車資_____元，另視政府公告調整計程車費率或春節期間加成，經乙方向甲方說明後收取。

(三)甲方應於接受乙方服務後，當日繳清該次費用，始予繼續服務。

五. 居家病患生理狀況於服務中，突然病情變化或有其他意外、緊急事故，經乙方評估需送醫治療，甲方或主要照顧者應立即將個案轉送醫院治療，相關費用均由甲方負擔；若因甲方延誤就醫或自行醫療照護不當所發生之一切後果，由甲方及主要照顧者自行負責。

(一)緊急聯絡人姓名：_____電話：_____與病患關係：_____

六. 甲方在契約期間內，因故必須終止契約或欲拒絕乙方服務須提前通知乙方，另個案出入院、個案遷移或個案往生，亦請通知居家護理師。

七. 於契約期間內，甲方若有違約行為或符合銷案條件，乙方得提前通知甲方終止契約。

八. 乙方服務時間為周一至周五早上八點至十二點、下午一點至五點，其餘例假日須緊急照護時請至住家鄰近醫療院所就診。

(一)主責居家護理師_____聯絡電話 2673-0721

(二)居家護理所護理長 林美怡護理長 0983-101680 (02)2673-0721

十. 約如有未盡事宜或臨時變動，則須經雙方事先言明同意修訂之。

甲方簽名或蓋章：

地址：

身分證統一編號：

乙方：清福醫院附設居家護理所

機構負責人：林美怡

地址：新北市三峽區民生街 154-1 號 2 樓

電話：(02) 2673-0721

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

聯絡電話：

與個案關係：

機構章戳：