財團法人獎卿護理展望基金會居家護理契約書(居家版)

立契約人:	(甲方)	財團法人獎卿護理展望基金會大台北居家護理所(以下簡稱甲方)
	(乙方)	(以下簡稱乙方)

甲方經由個案主治醫師的轉介,且得到乙方的同意後,與乙方約定由甲方派居家護理 師前往乙方家中提供居家護理服務,雙方訂定契約如下:

一、甲方可提供之服務項目如簡介所載,包括更換鼻胃管、更換留置導尿管、更換氣切套管、膀胱灌洗、三四級傷口照護、靜脈注射、造口護理等七項特殊照護,及其他一般照護項目,包括一般身體檢查、護理指導、抽痰、代採檢體、肌肉注射等;甲方依乙方主治醫師或甲方合約醫師之醫囑,配合個案病情之需要,提供下列護理服務項目:

1. 定期更換導尿管,預防泌尿道感染(頻率:天一次)
2. 指導照顧者尿管護理及水份之攝取
3. 定期更換胃管,評估營養狀態(頻率:天一次)
4. 指導照顧者調理進食食物、注重個案營養的維持
5. 定期更換氣切管,評估呼吸道感染狀態(頻率:天一次)
6. 指導照顧者抽痰技巧及翻身叩背之方法
7. 協助傷口換藥,維持皮膚完整性(頻率:天一次)
8. 協助照顧者制定活動計畫,預防因不動所致之健康問題
9. 注意、指導肢體活動及翻身,預防壓瘡發生
10. 給予身體評估,早期發現健康問題之變化
11. 指導照顧者照顧個案所需之知識、技能及必要之家庭安全設備
12. 其他:

二、服務期間,若是乙方符合健保規定收案條件,則可由甲方提供每月二次健保給付的 居家護理服務及每二個月一次家醫科醫師出診訪視,收費依健保局之規定(若日後規定 費用異動將書面通知,將不重新簽立契約),現行原則如下:

(一)護理費及醫師出診費:

特	殊	照言	獲 項	目	數	無	一項	二項	三項及三項以上	醫師出診費
健	保	給	付	金	額	1050 元	1455 元	1755 元	2055 元	1553 元
個	案音	17分	負擔	(5	%)	53 元	73 元	88 元	103 元	78 元

(二)特殊耗材費:

特	殊	未	É	材	費	矽質胃管	矽質尿管	有囊氣切	無囊氣切	
健	保	給	付	金	額	63. 6	89. 3	332	325	
*特殊耗材費用超出健保給付金額需自費付擔										

(三)其他費用:

- 1. 車費由個案自行負擔(計程車至乙方家的來回跳表費用)。
- 2. 持有重大傷病卡、榮民身份、低收入戶身份則免收上述 5%健保部分負擔金額。
- 3. 不符合健保收費之個案,依本機構自費收費原則處理:基本訪視費 1050 元,技 術費及材料費等依實際發生項目收取。
- 4. 非服務時間有訪視需求,需護理師可配合方能執行,並需另酌收 1500 元。

- 三、接受健保給付之個案若每月訪視超過二次,超出部份之訪視費,應依照甲方所定 之收費標準付費,若是不符合健保收案條件時,乙方應依甲方所定之收費標準付 費(依甲方簡介所述)。而付費方式,採當次付清。如個案因素造成健保核刪 該次給付費用及特殊耗材費,經甲方申覆無效,乙方應自行負擔此費用。
- 四、接受本所提供之健保給付居家照護時,不得同時向其他居家護理單位申請健保給付之居家照護。
- 五、甲方應依乙方之病情變化,隨時更新護理計畫。乙方照顧者也應配合甲方所定之 護理計畫來照顧個案,且需每年提供乙方個案血中鈉、鉀及白蛋白濃度至少乙次 以供甲方營養評估所依據,若未配合造成病人生命的危害,經甲方告誡仍未能改 善,則甲方可終止此合約。
- 六、甲方得因傷口紀錄之需要,予乙方傷口拍照於護理紀錄留存。乙方不得因故於甲 方服務過程時拍照、錄音及錄影等,違反契約者將提出相關告訴並終止合約。
- 七、本所服務時間為:週一至週五:上午9時至下午5時30分(中午不休息) 國定假日及例假日:不上班
- 八、乙方若有緊急情況,可先與主責護理師電話聯繫,由護理師評個案病情狀況,給 予相關措施指導,或送醫處理。
- 九、甲方服務範圍限於大台北縣市,若遷出服務範圍,則甲方提供乙方遷徒地當地之 適當轉介機構,並終止本合約。
- 十、乙方若有下列情形,甲方得終止此合約:遷出服務範圍、住院、死亡、病況好轉 已無明確護理服務項目等原因。但若一方未能照契約履行時他方可隨時終止合約。
- 十一、乙方於服務期間若有對甲方提供服務之任何申訴、讚許之意見,可透過以下的 管道逕向甲方提出:
 - 1.專線電話:02-23623093 2.傳真專線:02-23643624 3.電子信箱:<u>ccfhcn@gmail.com</u> 4.臺北市政府衛生局,電話:1999(外縣市 02-2720-8889)
- 十二、本契約書一式二份,於_____年___月___日將範本提供予乙方______審閱 五日後,由甲、乙二方簽名或核章後生效,各執一份為憑。

甲 方:財團法人獎卿護理展望基金會大台北居家護理所

負責人:

住 址 :台北市和平東路一段 216 號 10 樓

電 話 : 02-23646040 (代表號)

乙 方:

身分證字號:

住 址:

電 話:

受照顧者:

身分證字號:

住址:

電 話:

乙方與受照顧者之關係:

中華民國年月日

113/06/17 1 HCN-Cont-1-1