附件1

|  |
| --- |
| 甲方经营资质、房产证明复印件；  甲方应向乙方、乙方监护人、丙方出示养老机构的经营资质、房屋产权证明或房屋租赁式留存。 |

甲方经营资质、房产证明复印件；乙方、乙方监护人、丙方身份证件、户口本复印件及授权委托书

|  |
| --- |
| 乙方、乙方监护人有效身份证件复印件（正反面复印）及户口本复印件（户主页和本人页）、  乙方监护人（系单位的）的有效注册登记材料复印件（加盖公章）、法定代表人/负责人及联系人的身份证件复印件（身份证件需正反面复印） |
| 丙方：（系自然人的）有效身份证件复印件（正反面复印）及户口本复印件（户主页和本人页）  丙方：（系单位的）的有效注册登记材料复印件（加盖公章）、  法定代表人/负责人及联系人的身份证件复印件（身份证件需正反面复印） | |

授权委托书

委托人：

身份证件号码：

代理人（自然人）：

身份证件号码：

电子邮箱：

代理人（单位）：

法定代表人（或负责人）：

我因入住养老机构的需要，特委托授权代理人代我处理相关事宜。

一、委托事项

全权代理我处理与养老机构因养老服务合同的订立、履行、变更、解除、终止、续订等有关的全部事项。

二、委托期限

委托期限自我和代理人在本授权委托书上签字之日起至养老服务合同完毕并结清全部债权债务时止。

三、效力

1.代理人的代理行为，均视同我本人亲自实施的行为。对于代理人所为的代理行为以及代理结果，我均无条件地承认和接受。

2.本授权委托书一经签署，即生法律效力，并提交给养老机构作为养老服务合同的附件。

3.如果我变更代理人，将及时向养老机构提交变更后的授权委托书。

委托人（签名并按指印）： 日期：

代理人（签名并按指印或盖章）： 日期：

附件2

入住登记表

**入住编号： 填写日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乙方 |  | 性别 | □男 □女 | | | | 年龄 | |  | | 照片 | |
| 国籍 |  | 出生日期 |  | | | | | | | |  | |
| 籍贯 |  | | 户籍地 | |  | | | | | |
| 民族 | □汉族 □其他：\_\_\_\_\_\_\_ | | 政治面貌 | |  | | | | | |
| 婚姻状况 | □未婚 □已婚 □丧偶 □离异 □未说明婚姻情况 | | | | | | | | | |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | | | | | | | |
| 文化程度 | □文盲半文盲 □小学 □初中 □高中/技校/中专 □大学专科及以上 □不详 | | | | | | | | | | | |
| 原单位 |  | | 原职业 | | | | |  | | | | |
| 居住地址 |  | | 电话 | | | | |  | | | | |
| 医保定点医院 | |  | | | | | | 社保卡号 | | |  | |
| 医疗费用支付方式 | | □城镇职工基本医疗保险 □城镇居民基本医疗保险 □全公费  □新型农村合作医疗 □商业医疗保险 □全自费 □其他 | | | | | | | | | | |
| 经济来源 | □退休金/养老金 □子女补贴 □亲友资助 □其他补贴：\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| 入住前住处 | □家（□独居 □配偶 □子女 □保姆 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） □医院  □其他养老机构（名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,入住时间：\_\_\_\_\_\_\_\_离开原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） | | | | | | | | | | | |
| 入住机构原因 | |  | | | | | | | | | | |
| 健康状况 | 既往史 | □无 □有：疾病名称： ，确诊时间  疾病名称： ，确诊时间 | | | | | | | | | | |
| □无 □有：手术名称： ，手术时间  手术名称： ，手术时间 | | | | | | | | | | |
| □无 □有：外伤部位： ，发生时间  外伤部位： ，发生时间 | | | | | | | | | | |
| 现患疾病 | 疾病名称： ，确诊时间： ，目前状况：  疾病名称： ，确诊时间： ，目前状况： | | | | | | | | | | |
| 就医情况 | 固定时间就诊：□无 □有（原因： ，频率\_\_\_次/\_\_\_月） | | | | | | | | | | |
| 近一年内住院情况：□未住院 □住过院（住院次数：\_\_\_\_次）  入/出院时间：\_\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_\_，原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，医院名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  入/出院时间：\_\_\_\_\_\_至\_\_\_\_\_\_，原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，医院名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 近一年内急诊情况：□未去过 □去过急诊（去急诊次数：\_\_\_次）  就诊时间：\_\_\_\_\_\_\_\_，原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，医院名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 用药情况 | 药品名称 | | 剂量 | | 频次 | | | | 时间 | | 用法 |
|  | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | | |  | |  |
| 不适症状（近一个月内情况） | □无症状 □头痛 □头晕 □心悸 □胸闷 □胸痛 □慢性咳嗽 □咳痰 □呼吸困难 □多饮 □多尿 □体重下降 □乏力 □关节肿痛 □手脚麻木 □视力模糊 □眼花 □耳鸣 □尿急 □尿痛 □便秘 □腹泻  □恶心呕吐 □食欲减退 □乳房胀痛 □体位性低血压  □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 过敏史 | 药物过敏：□无 □有：  食物过敏：□无 □有：  环境过敏：□无 □有： | | | | | | | | | | |
| 老年综合征（近三月内情况） | 跌倒：□无 □有：次数、地点  记忆下降：□无 □有 具体表现  体重下降：□无 □有：下降重量（kg）  小便失禁：□无 □有：次数  睡眠障碍：□无 □有：□睡眠增多 □睡眠减少 □异常行为  疼痛：□无 □有：疼痛部位  视力异常：□无 □有：□老视 □近视 □远视，度数（左、右眼）  听力下降：□无 □有：具体表现 | | | | | | | | | | |
| 精神状况（近三月内情况） | □无 □有：□游走 □日夜颠倒 □语言攻击行为 □肢体攻击行为 □对物品的攻击行为 □妄想 □幻觉 □焦虑/恐惧 □自伤/自杀 □重复行为 □其他状况： | | | | | | | | | | |
| 语言表达 | □流利 □含糊 □体语 □失语 □其他： | | | | | | | | | | |
| 其他特别说明事项： | | | | | | | | | | | | |
| **本人声明上述各项内容均属实。如有变化，及时通知贵院。**  乙方（签名）： 乙方监护人（签名或盖章）：  丙方（签名或盖章）： | | | | | | | | | | | | |
| 注：1．本表应当如实填写。  2．在选中的“□”打“√”表示确认，不选的在“□”打“×” | | | | | | | | | | | | |

附件3

养老机构入住须知

尊敬的 ：

我们已经阅读了上述入住须知，知晓其内容，并承诺严格遵守。特签名确认：

甲方（盖章）：

乙方（签名）：

乙方监护人（签名）：

丙方（签名或盖章）：

日期： 年 月 日

附件4

综合告知书

尊敬的 ：

您好！

1. 安全风险方面

现将老年人常见的安全风险，向您做如下告知：

1.患有心脑血管疾病的老年人，可能发生心脑血管类疾病，如突发性心肌梗塞、脑卒中等，甚至造成死亡。

2.患有骨质疏松等疾病的老年人，可能会因自身行走不稳而跌倒，或在坐立、活动时用力不均等导致软组织损伤、骨折、骨裂等意外，甚至造成死亡。

3.患有脑卒中后遗症、脑萎缩等疾病的老年人，可能会出现吞咽功能障碍，发生噎食、误吸等导致窒息、死亡等意外发生。

4.老年人可能因心理问题、家庭矛盾、情绪波动等原因，产生自杀/自伤行为，如坠楼、割腕、自缢等。

5.老年人可能因性格孤僻、猜疑、抑郁、脾气暴躁等原因采取极端行为，包括他人产生语言、肢体冲突，采取攻击性或伤害性的行为，导致受伤、死亡等意外。

6.为避免认知症老年人可能出现的意外情况，我院在必要时将对有暴力伤害倾向行为的认知症老年人提供必要的保护性约束措施，但约束可能会导致老年人软组织损伤、皮肤破溃等后果。

7.对于长期卧床的老年人，可能出现不同程度的低蛋白血症或其他疾病，有可能出现皮肤水肿、压疮等。

在配合院内管理服务的同时，您还要注意自我防范，有效避免意外风险事件发生：

1.预防跌倒：

（1）穿戴要合身、合脚，鞋底要防滑，外出或活动时不穿拖鞋。

（2）起床要慢，坐立要稳、弯腰穿鞋要缓。

（3）居室物品放置位置固定、安全的地方，注意观察身边的环境和障碍物，行动要慢，尤其在转身和拐弯时要特别注意。

（4）在光线暗、光滑或不平的地面行走，以及上下台阶时，要小心谨慎。遇到雨、雪、大风等恶劣天气，尽量避免外出。

（5）使用特殊药物或高危药品时（退烧药、降压药、降糖药、睡眠诱导剂、抗心律失常、抗惊厥、抗焦虑、利尿剂等），请听从护理人员的建议，切勿私自服用。

（6）请遵守我院的作息时间，配合照料护理计划的执行。如有需求（包括二便）请及时呼叫护理人员协助。

2.预防坠床

根据院内管理要求放置床挡，不私自拆卸床挡；白天活动时，一侧加床挡；夜间或睡觉时，二侧均要加床挡保护。

3.预防走失

（1）请听从代理人和服务人员的嘱咐，不要独自外出；如需外出时，请通知家人陪同，并随身携带手机便于联系。

（2）请做好请、销假登记，如不能按时回院，请电话告知我院。

4.预防呛咳、噎食

（1）请根据身体状况适量饮水，保持口腔湿润。吃饭/喝水时，要坐起来，或者半卧位（上身与床的角度≥30°）。

（2）进餐时注意力要集中，不要说笑吵闹，不要看电视；吃饭、喝水要慢，每口食物不宜过多，一般以汤匙的1/3食物为宜，稀稠交替，细嚼慢咽。

（3）要吃较软、易消化的食物，避免吃干、粘性的食物。

（4）坚持做吞咽保健操。

5.预防压疮

（1）如果您长期卧床或者坐轮椅，请经常查看皮肤情况。如皮肤发红或者破损，请及时告知护理人员。

轮椅座位上需增加4～5厘米厚的海绵垫，且每15分钟抬起身体一次，变换身体着力点。

卧床时，至少每2小时翻身一次，更换体位，避免骶尾部长时间受压，可使用充气床垫。

（2）内衣穿着要柔软、棉质、宽松，且勤更换内衣。

（3）床铺要保持清洁、干燥、平整；尽量多活动，不能下地活动的，可在床上进行适当的活动或在护理人员的协助下被动运动，促进血液循环。

（4）适当加强营养，以保持良好身体状况。

**出现上述意外情况的，如果我院不存在过错，则我院不承担责任**。

二、限制外出管理方面

现将我院有关入住老年人外出事项告知如下：

一、在您入住期间，我院不对您是否具备独自外出能力进行判断，亦不对此承担责任。由您或代理人在以下选项中“二选一”确认（选中的打√，不选的打×）：

□ 不具备独自外出能力，需限制外出服务管理。

□ 具备独自外出能力，不需限制外出服务管理。

二、如您不具备独自外出能力，则您或代理人应向我院确认“需限制外出”服务管理。我院对您外出进行统一管理。您外出必须指定陪同人员（如家属等），且每次外出须由您或代理人提前通知我院，陪同人员应在您外出及返回时登记。

三、如您具备独自外出能力，则您或代理人应向我院确认“不需限制外出”服务管理。您每次外出，应在外出及返回时登记。

四、如果您患有认知症等疾病，我院统一实行“限制外出”服务管理。但是如您或代理人拒绝我院为您提供限制外出管理服务的，因此造成的后果由您或者代理人承担，我院不承担责任。

五、无论您是否具备独自外出能力、外出是否进行登记，如您外出期间发生事故（包括但不限于摔伤、走失、财物丢失）、突发疾病、遭受人身损害、死亡或者造成他人损害的，因此造成的后果由您或者代理人承担，我院不承担责任。

三、拒绝转院治疗风险方面

因我院医疗条件有限，根据您目前的疾病状况，应当及时转院治疗。现将相关风险告知如下：

**如果拒绝转院治疗，您可能产生的风险包括但不限于：贻误老年人诊疗时机，加剧健康状况恶化，严重损害您的身心健康，甚至可能因此致残致死。**

我已经阅读了上述安全风险、限制外出管理、拒绝转院治疗风险综合告知书，知悉养老机构提示的上述风险。

**我们特此确认：如果出现告知书中所明示的养老机构免责事由、限制外出管理、拒绝转院治疗可能产生的风险。我们自愿、自行承担由此产生的全部风险、责任和后果。**

（养老机构名称）（盖章）

乙方（签名）：

乙方监护人（签名或盖章）：

丙方（签名或盖章）：

日期： 年 月 日

附件5

体检报告项目说明

根据合同要求，乙方、乙方监护人或丙方应当向甲方提供乙方在本合同签署前30日内在本市二级甲等以上级别医院进行体检的《体检报告》。

《体检报告》应包含以下内容：

**1.科室检查**

（1）一般检查；

（2）内科检查；

（3）外科检查；

（4）视力、色觉检查；

（5）耳鼻喉科检查；

（6）口腔科检查;

（7）骨密度检查;

（8）其他： 。

**2.实验室检查**

（1）血常规检查：白细胞计数、红细胞计数、血红蛋白、血小板计数等；

（2）尿常规检查：尿比重、尿白细胞、尿蛋白质、尿糖等；

（3）肝功检查：丙氨酸氨基转移酶、天门冬氨酸氨基转移酶、γ-谷氨酰胺转移酶等；

（4）空腹血糖：空腹血葡萄糖；

（5）血脂检查：甘油三酯、总胆固醇等；

（6）感染检查：乙肝表面抗原、乙肝表面抗体、乙肝e抗原、乙肝e抗体、乙肝核心抗体、丙型肝炎病毒抗体、人类免疫缺陷病毒HIV1+2型抗体、梅毒螺旋体抗体等。

**3.医技检查**

（1）腹部彩超：肝、胆、胰、脾、双肾；

（2）心电图；

（3）胸部正位X线。

附件6

|  |
| --- |
| 老年人能力综合评估结果 |

附件7

设备设施清单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乙方姓名： | | 入住时间： | | 房间号/床号： | | |
| 项目 | 名称 | | 单位 | 单 价 | 数 量 | 备注 |
| 房间内固定设备 | 空调 | | 台 |  |  | 共用 |
| 电视机 | | 台 |  |  | 共用 |
| 暖气 | | 组 |  |  | 共用 |
| 衣柜 | | 组 |  |  |  |
| 床头柜 | | 个 |  |  |  |
| 电视柜 | | 组 |  |  | 共用 |
| 洗漱台 | | 个 |  |  | 共用 |
| 坐便器 | | 个 |  |  | 共用 |
| …… | |  |  |  |  |
| 房间内可移动设备 | 椅子 | | 个 |  |  |  |
| 暖壶 | | 个 |  |  |  |
| 水杯 | | 个 |  |  |  |
| 垃圾桶 | | 个 |  |  |  |
| 空调遥控器 | | 个 |  |  | 共用 |
| 电视遥控器 | | 个 |  |  | 共用 |
| …… | |  |  |  |  |
| 床及床上用品 | 床单 | | 个 |  |  |  |
| 床垫 | | 个 |  |  |  |
| 床褥 | | 个 |  |  |  |
| 被罩 | | 个 |  |  |  |
| 被芯 | | 个 |  |  |  |
| 枕套 | | 个 |  |  |  |
| 枕芯 | | 个 |  |  |  |
|  | …… | |  |  |  |  |
| 水电表数值 | 水表 | | 吨 |  | 数值 |  |
| 电表 | | 度 |  | 数值 |  |
| …… | |  |  |  |  |

乙方、乙方监护人或丙方签名或盖章）：

日期： 年 月 日

附件8

首次服务项目确认表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乙方姓名 |  | 性别 |  | 房间号/床号 |  |
| 评估日期 |  | | | 照料护理等级 |  |
| 代理人姓名 |  | | | 紧急联系人姓名 |  |
| 基础服务 | | | | | |
| 服务项目 | 服务内容 | | | | 备注 |
| 咨询服务 | □入住咨询 □法律咨询 □心理咨询 □医疗咨询  □护理咨询 □康复咨询 □教育咨询 □服务咨询  □其他咨询： | | | |  |
| 膳食服务 | □食谱定制 □营养配餐 □食品加工与制作  □其他膳食服务： | | | |  |
| 送餐服务 | □定期订餐 □按时送餐  □其他送餐服务： | | | |  |
| 医疗服务 | □疾病诊治 □健康指导 □预防保健、体检  □药事管理 □医疗相关风险管理及告知  □转诊转院 □其他医疗服务： | | | |  |
| 慢病管理：  □慢病监测 □健康咨询 □用药指导  □其他慢病管理服务： | | | |  |
| 陪同就医服务 | □陪同指定医院就医 □协助挂号  □协助完成各项检查 □协助取药  □其他陪同就医服务： | | | |  |
| 心理/精神支持服务 | □情绪疏导 □心理支持 □危机干预  □老年人家属心理支持服务  □其他心理/精神支持服务： | | | |  |
| 安全保护服务 | □安全风险评估 □安全教育 □提供安全设备设置  □其他安全保护服务： | | | |  |
| 休闲娱乐服务 | □文体活动 □棋牌娱乐 □健身活动 □游艺活动  □影视观看服务 □参观游览  □其他娱乐休闲服务： | | | |  |
| 教育服务 | □读书 □讲座 □老年大学  □其他教育服务： | | | |  |
| 委托服务 | □代读、代写书信 □代领物品 □代缴费用  □其他委托服务： | | | |  |
| 环境卫生服务 | □机构公共区域清洁 频次：  □老年人居室清洁 频次：  □其他环境卫生服务： | | | |  |
| 洗涤服务 | □老年人衣物洗涤 频次：  □老年人居室布草洗涤 频次：  □其他洗涤服务： | | | |  |
| 购物服务 | □代购日常生活物品 □陪同外出购物  □协助老年人使用网络购物  □其他购物服务： | | | |  |
| 维修服务 | □公共设施设备维修 □老年人居室设备维修  □其他维修服务： | | | |  |
| 通信服务 | □提供电话设备 □提供互联网上网服务  □其他通信服务： | | | |  |
| 交通服务 | □提供交通工具运送老年人  □联系交通工具运送老年人  □其他交通服务： | | | |  |
| 基础设施服务 | □提供居室内基本用电服务  □提供居室内基本用水服务  □提供有线电视收视服务  □提供空调服务  □提供冬季取暖服务  □提供生活饮用水服务  □呼叫应答服务  □其他基础设施服务： | | | |  |
| 等级护理照料服务 | | | | | |
| 生活照料服务 | 个人清洁卫生服务：  □洗脸 □洗手 □洗头 □洗脚 □按摩 □拍背  □协助整理个人物品 □清洁整理床铺 □更换床单位  □其他个人清洁卫生服务： | | | |  |
| 穿衣服务：  □更换上衣、裤子 □协助穿衣 □整理衣物  □其他穿衣服务： | | | |  |
| 修饰服务：  □梳头 □剃须 □剪指/趾甲 □化妆  □其他修饰服务： | | | |  |
| 饮食照料服务：  □经口喂食或水 □鼻胃管喂食或水 □协助用膳  □其他饮食服务： | | | |  |
| 如厕照料服务：  □定时提醒如厕 □使用便盆 □使用尿壶  □协助入厕排便、排尿  □其他如厕服务： | | | |  |
| 口腔清洁服务：  □刷牙 □漱口 □清洁义齿 □口腔擦拭  □其他口腔清洁服务： | | | |  |
| 皮肤清洁服务：  □淋浴 □床上擦浴 □清洗会阴  □其他皮肤清洁服务： | | | |  |
| 体位转移应服务：  □进行床上体位转换 □床与轮椅转移 □床与平车转移 □其他体位转移服务： | | | |  |
| 便溺照料服务：  □协助进行床上排便 □人工排便 □药物及辅助用品肛注排便 □床上排尿 □更换一次□性护理垫、更换一次性尿裤 □其他便溺服务： | | | |  |
| 皮肤护理服务：  □卧床老年人预防压疮 □老年人皮肤观察  □定时更换体位 □清洁皮肤 □使用预防压疮的器具  □其他皮肤护理服务： | | | |  |
| □其他生活照料服务： | | | |  |
| 老年护理服务 | □老年人综合评估 | | | |  |
| 慢病管理服务：  □老年人慢性非传染性疾病情况制定护理计划 □实施维持性治疗 □观察老年人症状变化、定期检测 □生活方式干预 □健康教育  □其他慢病管理服务： | | | |  |
| 病症护理服务：  □常见病症进行观察 □按照医嘱针对护理 □其他病症护理服务： | | | |  |
| 护理技术操作服务：  □清洁与舒适管理 □营养与排泄护理 □常见症状护理 □皮肤、伤口、造口护理 □气道护理 □引流护理 □生命体征监测 □急救技术 □常用标本采集 □给药治疗与护理  □其他护理服务： | | | |  |
| □健康指导  □药品管理服务  □其他老年护理服务： | | | |  |
| 协助医疗护理服务 | □老年人日常生活观察  □协助或指导老年人使用辅助器具  □化验标本的收集送检  □其他协助医疗护理服务： | | | |  |
| 康复服务 | □康复评定和制定计划 □物理治疗  □作业治疗 □言语治疗 □中医康复治疗  □其他康复服务： | | | |  |
| 安宁服务 | □疼痛及其他症状护理服务 □舒适照护  □其他安宁服务： | | | |  |
| 其他  约定服务 |  | | | |  |
| 乙方（签名）  乙方监护人（签名或盖章）  丙方（签名或盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 注：1．根据乙方的照料护理等级确定相应服务内容。  2．“服务内容”一栏在确认内容后的“□”内打“√”，未选的在“□”内打“×”。 | | | | | |

附件9

变更事项确认表

乙方：

乙方入住时经评估能力等级为 ,甲方提供的照料护理等级为 。

甲方于 对乙方重新进行了评估，重新评估的能力等级为 。根据乙方能力等级变化，需要对乙方的照料护理等级和相关的服务内容进行变更，经双方协商一致，同意变更下列事项，具体变更内容如下：

一、照料护理等级变更

乙方变更后的照料护理等级为 。

二、服务内容变更

1.甲方为乙方新增下列服务内容

2.甲方不再为乙方提供下列服务

三、费用变更

养老服务总费用为 元/月，其中：

（1）床位费： 元/月；

（2）服务费： 元/月；

（3）膳食费： 元/月；

（4）其它费用： 费， 元/ （单位）。

费， 元/ （单位）。

乙方、乙方监护人、丙方同意并确认上述变更事项。

甲方（盖章）

乙方、乙方监护人（签名或盖章）：

丙方（签名或盖章）：

日期： 年 月 日

附件10

|  |
| --- |
| 服务项目及收费标准 |

附件11

国家、行业和北京市地方标准清单

养老机构应按照包括但不限于以下国家、行业和北京市地方标准（以最新版标准为准）提供养老服务。

**一、国家标准**

GB/T 29353 养老机构基本规范

GB/T 35796 养老机构服务质量基本规范

GB/T 37276 养老机构等级划分与评定

GB 38600 养老机构服务安全基本规范

**二、行业标准**

MZ/T 008 老年人社会福利机构基本规范

MZ/T 032 养老机构安全管理

MZ/T 039 老年人能力评估

MZ/T 132 养老机构预防压疮服务规范

MZ/T 133 养老机构顾客满意度测评

MZ/T 171 养老机构生活照料操作规范

MZ/T 185 养老机构预防老年人跌倒基本规范

MZ/T 186 养老机构膳食服务基本规范

MZ/T 188 养老机构接待服务基本规范

**三、北京市地方标准**

DB11/T 148 养老机构服务质量规范

DB11/T 149 养老机构院内感染控制规范

DB11/T 219 养老机构服务质量星级划分与评定

DB11/T 220 养老机构医务室服务规范

DB11/T 305 养老机构老年人健康评估规范

DB11/T 535 社会福利机构安全管理规范

DB11/T 1121 养老机构社会工作服务规范

DB11/T 1122 养老机构老年人健康档案技术规范

DB11/T 1217 养老机构老年人生活照料操作规范

DB11/T 1353 养老机构图形符号与标志使用及设置规范

DB11/T 1573 养老机构评价指标计算方法

DB11/T 1754 老年人能力综合评估规范

DB11/T 3002 老年护理常见风险防控要求

附件12

事项委托协议

甲方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

乙方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

乙方监护人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

丙方:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

为了便利办理乙方在甲方入住期间及时解决乙方送医治疗的问题，乙方、乙方监护人及丙方特委托甲方代为办理乙方的相关事项，经与甲方协商一致，订立如下协议，作为养老服务合同的附件：

**第一条 送医治疗委托事项**

1. 当乙方突发疾病（含危重疾病）或出现身体损伤等紧急情况时，乙方监护人、丙方接到甲方通知后均无法及时赶到甲方的，特此授权甲方立即采取必要救助措施，及时联系120急救车辆送往医院。

2.在乙方需要进行手术、接受特殊检查或者特殊治疗，而乙方又不具备完全民事行为能力或因病无法签署医院的相关同意书、且乙方监护人、丙方均无法及时到场签字的情况下，**乙方监护人、丙方特此预先授权甲方代为签字，代为签署手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知书等医院文书。**

**第二条 乙方监护人、丙方的责任**

1.承担乙方就医治疗所发生的全部费用。

2.承担甲方代为签字的手术、特殊检查或者特殊治疗的一切风险和全部后果。

**第三条 其他约定**

在乙方入住甲方期间，如有其他事项需要委托甲方办理的，双方可以另行订立补充协议。

甲方（盖章）：

乙方（签名）：

乙方监护人（签名或盖章）：

丙方（签名或盖章）: 日期： 年 月 日

附件13

药品保管服务须知

尊敬的 ：

您好！

现将我院有关乙方药品保管服务的相关事项，告知如下：

1.如果乙方不委托我院保管其药品，不接受我院提供的药品保管服务，则由乙方自己保管药品并承担因此可能发生的所有风险和全部后果。

2.如果乙方、乙方监护人、丙方委托我院保管其药品，则按照约定办理：

(1)我院对乙方的自带药品进行统一管理。

(2)乙方、乙方监护人、丙方必须向我院提交医疗机构病历、治疗单、底方,由医生转抄、下达至护士执行。需委托管理的注射药品必须出具相关医疗机构的证明书,且在该医疗机构治疗过一次后,方可在我院继续治疗。

(3)乙方、乙方监护人、丙方和我院服务人员共同清点药品，双方对清点结果签名确认并由我院留存。我院仅对清点清单上的药品提供管理服务。

(4)乙方应保证按照医嘱要求按时用药。

(5)若乙方出现病情变化或自带药物较多出现重复用药时，我院医生有权指导乙方合理用药（包括暂停、调整药品种类和剂量），乙方应予以接受；若不接受，自行承担因此所发生的所有后果。

(6) 药品必须包装完好,乙方、乙方监护人、丙方应当对药品质量、有效期、合法性负责。

(7)自带药品不足的，经我院通知后应当及时补足。因药品补充不及时造成的后果，由乙方、乙方监护人、丙负责。

(8)乙方、乙方监护人、丙方应当按收费标准支付药品管理服务费用。

（机构名称）（盖章）

我已阅读以上须知。

□同意自行保管药品，自行承担由此产生的所有风险和一切后果。

□同意委托养老机构保管药品，并切实遵守上述约定。

乙方（签名）：

乙方监护人（签名或盖章）：

丙方（签名或盖章）：

日期： 年 月 日

附件14

物品保管协议

保管方(甲方)： （机构名称）

委托方(乙方)：

甲、乙双方协商一致，就甲方在乙方入住期间为乙方保管物品的事宜，达成如下协议：

一、物品的名称、数量、有效期、包装状况等：

二、保管期限：自 年 月 日至 年 月 日止。

三、物品的交付：乙方把物品交给甲方，双方当场查验清点，填写物品清单，并签字确认。

四、保管责任：

1.甲方指定专人保管，在保管期间若发生物品丢失、变质，由甲方承担赔偿责任。

2.乙方隐瞒物品的瑕疵或者因物品的原因导致变质、失效、过期或者毁损灭失的，由乙方自担责任，甲方不承担责任。

五、本协议自双方盖章、签字之日起生效，本协议一式两份，甲、乙双方各执一份。

甲方(签名并盖章)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

乙方(签名)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日 日期： 年 月 日