重庆市养老机构服务合同

（示范文本）

重庆市民政局

重 庆 市 市 场 监 督 管 理 局

2024年5月

使用说明

1．本合同为示范文本，供本市养老机构与入住老年人及其代理人、连带保证人之间签订养老服务合同时参照使用。

2．本示范文本所称养老机构是指依法在市场监管部门或民政部门办理登记，床位数在10张以上的，为老年人提供全日集中住宿和照料护理服务的机构，其他养老服务机构参照执行。

入住老年人及代理人在签订合同前，要注意查看养老机构的经营资质。

3. 养老机构有义务就合同重大事项对入住老年人及代理人尽到提示义务。入住老年人及其代理人应当审慎签订合同，并在签订本合同前仔细阅读合同条款，特别是其中具有选择性、补充性、修改性的内容，注意防范潜在的风险。

4. 当事人应当结合具体情况选定本示范文本的选择性条款，划线处应当以文字形式填写完整。文中“□”中选择内容，以划“√”方式选定；对于实际情况未发生或双方当事人不作约定时，应当在文中“□”中以划“×”，以示删除。

5. 当事人可以针对合同中未约定或约定不明确的内容，根据养老服务内容的具体情况在相关条款后的空白处中进行补充约定，也可以另行签订补充协议，补充协议内容不得与主合同条款冲突，且补充的内容不得减轻或者免除应当由养老机构承担的责任。

6．当事人可以根据实际情况决定本合同原件的份数，并在签订合同时认真核对，以确保各份合同内容一致；在任何情况下，各方当事人都有权持有至少一份合同原件。

7.入住老年人为限制民事行为能力人或无民事行为能力人的，丙方须为入住老年人的监护人。

8.本合同约定了各方的民事权利义务关系，产生的纠纷，各方可依据《中华人民共和国民法典》和本合同的约定协商解决，也可以通过诉讼或仲裁解决。

9.本示范文本由重庆市民政局、重庆市市场监督管理局制定。

10.特别提示：

（1）不得利用养老机构的房屋、场地、设施开展与养老服务宗旨无关的活动；

（2）养老机构不得向在院老年人宣传高息揽储或购买其他涉及非法集资的产品；

（3）养老机构不得违法违规开展医疗服务，杜绝养老机构内无执业资质的机构、人员以相关名义提供医疗服务。

（4）养老机构工作人员不得歧视、侮辱、虐待老年人以及存在其他侵害老年人人身和财产权益行为。

**甲方（养老机构）：**

名　　称：

证件类型：□营业执照 □民办非企业单位法人登记证书 □事业单位法人证书

统一社会信用代码：

通信地址： 邮编：

联系电话： 电子邮箱：

法定代表人：

**乙方（入住老年人）：**

姓名： 性别： 民族： 国籍：

证件类型：□居民身份证 □护照 □港澳通行证 □台湾通行证

证件号码：

家庭住址： 邮编：

手机号码：

**丙方（入住老年人的代理人及连带保证人）：**

**自然人**

姓名： 性别： 国籍： 与乙方关系：

手机号码： 电子邮箱：

证件类型：□居民身份证 □护照 □港澳通行证 □台湾通行证

证件号码：

通信地址： 邮编：

工作单位： 联系电话：

**单位**

单位名称：

单位法定代表人（或负责人）：

手机号码： 电子邮箱：

单位地址：

甲方、乙方、丙方依据《中华人民共和国民法典》《中华人民共和国老年人权益保障法》《养老机构管理办法》等法律法规规定，本着平等、自愿、诚实守信的原则，经过友好协商，就甲方向乙方提供养老服务事宜达成一致，签订本合同，供各方遵照履行。

**第一条 服务地点及服务设施**

1.1甲方为乙方提供养老服务的地点为： （写明养老机构的具体门牌号）。

甲方经营场所性质（在下面的选项中，选中的打√，不选的打×）：□自有产权 □租赁（租赁期限自 年 月 日至 年 月 日）

1.2乙方选择入住的房间类型为：

□单间 □双人间 □多人间（3人及以上，含3人）

□其他 （例如：包房等）。

1.3乙方选择的具体房间床位为： 。

1.4 关于房间的调整

1.4.1乙方或丙方基于正当理由要求调整房间的，甲方在条件许可的范围内尽量满足。涉及房间变化需要相应调整费用的，还应由各方协商一致并书面确认后方可调整，如各方不能达成一致书面意见，则仍按本合同约定的房间履行。

1.4.2如果乙方与房间内共同居住生活的老人发生矛盾冲突达 人/次以上，经调整同居室伙伴且甲方或丙方劝导效果不佳，甲方有权为乙方调整单间，涉及费用增加的，应当提前7日告知乙方和丙方，乙方、丙方不同意调整的，双方均有权解除合同。

1.5甲方提供的服务设施设备除了住宿的房屋外，还包括房间内设施设备和公共设施设备，具体明细见《设施设备清单》作为本合同附件 7。

**第二条 服务内容与质量标准**

2.1签订本合同时，甲方根据老年人能力评估相关标准、《体检报告》对乙方的能力进行综合评估，经甲方与乙方、丙方商定，确定甲方向乙方提供的照料护理等级和服务项目，具体明细见《首次服务项目确认表》（附件8）。

2.2在本合同履行过程中，乙方或丙方如果选择《护理等级与服务项目》以外的其他服务项目，经甲方、乙方、丙方协商一致后确定。

2.3甲方向乙方提供的服务应当符合国家强制性标准。

**第三条 收费标准及费用的支付**

3.1养老服务费用

3.1.1甲方提供的各种服务项目及其收费标准应在公共区域内显著位置予以公示。

3.1.2根据乙方入住时所选择的房间、照料护理等级及服务项目，乙方入住甲方的养老服务总费用为元/月，包括：

（1）床位费： 元/月。

（2）护理费： 元/月。

（3）膳食费： 元/月。

（4）其他费用： 。

3.1.3服务费用按下列第 种支付方式支付：

（1）按月支付（每月 日前支付下一个月的养老服务费用）；

（2）按季支付（每年 月 日、 月 日、 月 日、 月 日前支付下一个季度的养老服务费用）。

（3）按半年支付（每年月日、月日前支付下一半年的养老服务费用）

3.1.4乙方因就医或者其他原因不在甲方入住，但是应乙方、丙方的要求保留房间或者床位的，应当向甲方支付床位费。

3.1.5乙方因公共卫生突发事件被采取隔离措施的，所发生的隔离费用按照乙方被隔离的原因确定。如果乙方被隔离的原因与甲方无关，则隔离费用全部由乙方承担；如乙方在养老机构外隔离，为其保留床位的，床位费由乙方承担。如果乙方被隔离是由于甲方原因所致，则隔离费用全部由甲方承担。

3.1.6食品、材料、劳动力等市场价格发生重大变化，致使甲方服务成本急剧上升（单项价格涨幅达到10%）的，甲方有权要求按照价格涨幅增加费用；服务成本显著下降（单项价格跌幅达到10%）的，乙方有权要求按照价格跌幅减少费用。前述价格涨跌指数，以政府统计部门公布的数据为准。费用调整前30日，甲方应书面通知乙方、丙方。

乙方、丙方对调整后的收费标准有异议的，可在收到通知后7日内以书面形式提出解除本合同。乙方、丙方虽对调整后的收费标准有异议，但要求按原收费标准继续履行合同的，或虽不以书面形式提出异议但拒绝根据调整后的收费标准支付相应费用的，甲方有权解除本合同。

3.1.7甲方在收到服务费用后应当给乙方出具发票或符合政府相关部门要求的等额收费凭证。

3.2保证金

3.2.1在签订本合同时，乙方应当向甲方交纳保证金，金额为人民币 元（大写： 圆整）保证金数额不得超过月养老服务费用标准的六倍。

3.2.2 入住保证金存入以下专用资金存管账户：

开户银行： 。

银行账号： 。

3.2.3入住保证金可用于抵扣乙方欠付的养老服务费用、违约金、赔偿金，以及乙方出现突发情况救治时需支付给医院的押金及相关费用等。

3.2.4如乙方、丙方未按合同约定足额支付养老服务费用且经甲方书面催告后仍不支付超过3日的，则甲方有权从入住保证金中直接扣除拖欠的费用。

3.2.5入住保证金被抵扣或者扣除后，乙方、丙方应当在收到甲方通知后日内补足。

3.2.6除本合同明确约定的入住保证金的用途外，甲方不得将入住保证金挪作他用。在合同期满终止或者被依法解除时，入住保证金在扣除应结清的相关费用后如有余额的，甲方应当在10日内把入住保证金的余额返还乙方、丙方，并支付银行同期活期存款利息。

**第四条 合同期限及合同期满的处理**

4.1本合同服务期限为 年（月），自 年 月 日至 年 月日止。其中，试住期15天，自 年 月 日至 年 月日止。

4.2试住期（在下列选项中，选中的打√，不选的打×）

□乙方按本合同约定的收费标准，根据实际入住天数结算费用，不足一天的按一天计算。

□乙方只需按本合同约定的收费标准支付膳食费、床位费、护理费，无需支付养老机构内其他费用。

□其他： 。

试住期内，甲方、乙方、丙方均享有解除合同的权利，且就解约行为本身互不追究违约责任。

4.3乙方、丙方有意续签合同的，在本合同期满前30日前需向甲方提出。

4.3续签的养老服务合同内容应当经甲方、乙方、丙方达成一致。甲方应及时对乙方进行老年人能力评估。

4.4如果乙方、丙方未在本合同期满前30日前提出续签合同，或者各方就续签合同不能达成一致，乙方应当在合同到期日搬离甲方，办理离院手续并结清所有费用。

**第五条 甲方的权利义务**

5.1甲方的权利

5.1.1有权按照本合同的约定收取服务费用。

5.1.2有权依法依规制订、修改养老管理服务制度并按公示的制度对乙方提供管理和服务。

5.1.3有权拒收不适合乙方身体状况的食品及具有危险性的物品。对于乙方和丙方提供的药品，甲方有权要求乙方和丙方提供用药的医嘱或乙方、丙方书面签名确认的用药说明，否则甲方有权拒收。

5.1.4为了乙方的健康和安全，在乙方出现紧急情况时，甲方有权在通知丙方的同时，采取必要的处置措施，包括并不限于转送医疗机构，由此产生的费用由乙方或丙方承担。

5.1.5如发生公共卫生事件等特殊情况，贯彻执行政府部门的防控政策规定，积极落实公共卫生事件防控措施。

5.1.6在法律允许范围内，在征得乙方、丙方的同意后，可以以非营利的目的合理使用乙方入住期间信息资料、肖像，如纪念、收藏、活动展览等。

5.2甲方的义务

5.2.1应当按照建筑、消防、食品安全、医疗卫生、特种设备等法律法规和强制性标准提供服务设施、场所并开展服务活动，按照国家、行业、地方有关标准和规范的要求以及本合同的约定为乙方提供养老服务。

5.2.2保证从事医疗、康复、医疗护理、社会工作、心理咨询等服务的专业技术人员持有关部门颁发的有效资格证书上岗，保证养老护理人员接受专业技能培训，能够满足岗位职责要求。

5.2.3可以开展适合乙方的文化、教育、体育、娱乐活动，丰富乙方的精神文化生活。开展前述活动时，应当为乙方提供必要的安全防护措施。

5.2.4自接受乙方外出就诊所配药品的委托管理并办理药品移交手续之日起，甲方应当按照卫生健康部门的规定及相关医嘱，为乙方提供相应的药品管理服务。

5.2.5在乙方突发危重疾病或其他意外紧急情况时，甲方应当尽己所能采取必要救助措施，及时联系救护车并派人护理陪同转送医疗机构救治，并及时通知丙方，甲方护理人员在丙方到达医疗机构交接后方可离开，若超过一定时限（甲乙双方自行约定），丙方未到达医疗机构，需支付甲方委派护理员费用 元/小时，并承担一切甲方对乙方采取必要的救治措施费用。

5.2.6当甲方发现乙方为疑似传染病病人或者精神障碍患者时，应当及时依照传染病防治、精神卫生等相关法律法规的规定处理，并通知丙方，检查、处理的相关费用全部由乙方或丙方承担，确定为《中华人民共和国传染病防治法》中规定的甲类传染病及精神障碍不适合养老机构生活者，自乙方确诊之日，本合同终止。

5.2.7定期组织乙方体检，对乙方的健康状况进行监测；依法依规建立健全老年人信息档案，妥善保存乙方的《入住登记表》《体检报告》等健康档案以及费用开支等相关原始资料。

5.2.8允许丙方及经乙方、丙方许可的亲属和其他人员探视乙方并提供方便。但不得影响甲方对于乙方正常服务或管理，否则甲方有权拒绝。

5.2.9应当尊重乙方，保护乙方的人格尊严，尽力合理地保障乙方的人身财产安全。

5.2.10因被政府强制收回、拆除、征收、征用、停业或者关闭等原因，导致甲方暂停或者终止服务的，在暂停或者终止服务前，应当依法妥善安置乙方，并提前60日及时通知丙方，甲方不承担违约责任。

5.2.11在未经乙方同意或丙方书面授权的情况下，甲方有权禁止其他人员将乙方接离养老机构。

**第六条 乙方的权利义务**

6.1乙方的权利

6.1.1有权按照本合同的约定获得甲方提供的养老服务。

6.1.2有权对甲方的管理服务提出意见和建议。

6.1.3有权查阅、复印甲方为其建立的个人档案，对自身的健康状况、费用支出、入院记录等享有知情权。

6.1.4有权了解提供服务的人员是否经过专业培训，是否具备相应资质，有权要求甲方更换未经专业培训或不具备相应资质或提供服务不合格的人员。

6.1.5享有隐私权，人格尊严和财产不受侵犯。

6.1.6有权在突发疾病的情况下获得甲方及时、必要的医疗帮助。

6.1.7有权参加甲方组织的适合自身健康状况的活动。

6.2乙方的义务

6.2.1如实提供甲方所需的信息材料（包括但不限于乙方的家庭成员、既往病史、过敏史、健康状况、脾气秉性和药品使用情况等信息），并确保真实、有效、无虚假与隐瞒，如实填写《入住登记表》。

6.2.2应当配合甲方做好入院评估、即时评估和例行评估，并根据评估结果确认照料护理等级，配合甲方定期参加体检，费用自理。

6.2.3遵守甲方的规章制度，爱护甲方的设施设备，不得改变或者破坏入住房间及其设施设备。未经甲方书面同意，不得在房间内添置任何设施设备、工具（包括但不限于电器、刀具）。

6.2.4与其他入住老年人和谐相处。

6.2.5不得在房间内和甲方的禁烟区吸烟；不得酗酒。

6.2.6不得私自留宿他人。如需外出需在甲方办理请假、销假登记，在外就医或留宿应及时通知甲方。

6.2.7如损坏甲方设施设备的，应当按照《设施设备清单》上标明的价格赔偿甲方损失。

6.2.8按约定自行或与丙方共同支付本合同约定的各项费用。

6.2.9对甲方的管理服务，应当予以配合。

6.3.0在甲方机构内不听甲方劝阻及管理，造成自身损害、损失或与其他老年人发生纠纷造成他人损害、损失，一切后果由乙方和丙方全权负责，与甲方无关且甲方有权单方面终止服务合同。

**第七条 丙方的权利义务**

7.1丙方的权利

7.1.1有权对甲方的管理服务提出批评建议。

7.1.2对乙方的健康状况、费用支出、入院记录等享有知情权，有权查阅、复印甲方为乙方建立的个人档案。

7.1.3享有对乙方的探视权，但不得影响甲方对乙方正常服务和管理。

7.1.4如乙方出现突发紧急或者意外情况的，有权要求甲方提供相关信息。

7.2丙方的义务

7.2.1在乙方入住前应当如实向甲方提供乙方的情况（如家庭成员、既往病史、过敏史、健康状况、脾气秉性和药品使用情况等），协助乙方如实填写《入住登记表》，并确保真实、有效、无虚假与隐瞒。

7.2.2劝导乙方自觉遵守甲方的规章制度、接受管理服务、爱护甲方的服务设施。

7.2.3应当经常探视乙方并保持沟通，满足乙方的精神需求。

7.2.4如若家庭情况、通信地址、联系电话等信息发生变更的，应当及时通知甲方。丙方确认的第一联系人在乙方在院期间需保持24小时通信畅通。

7.2.5对乙方的探视不得影响甲方的正常管理与服务。

7.2.6应当就乙方在本合同项下对甲方所负的债务向甲方承担连带保证责任。保证期间为主债务履行期限届满之日起两年。保证的范围为：乙方在本合同项下应当向甲方支付的养老服务费用、违约金、损害赔偿金和甲方实现债权所发生的诉讼费/仲裁费、保全费、律师费等费用。

7.2.7对于乙方造成甲方损害或他人人身、财产损害的，应当承担连带赔偿责任。

7.2.8如乙方需要外出就医的，应当在接到甲方通知后及时携乙方到医院就诊，劝导乙方遵守医嘱、配合治疗，并将乙方的就医情况如实告知甲方。

7.2.9应当及时协助甲方处理乙方出现的紧急情况。如乙方突发危重疾病，应当在接到甲方电话通知后及时赶达医院，负责处理乙方的治疗事宜。

7.2.10如乙方在入住甲方期间去世的，应当及时处理乙方的善后事宜并支付相关费用。

**第八条 陈述与保证**

8.1甲方保证为依法登记的养老机构，具有提供本合同约定的养老服务的资格和能力。

8.2乙方和丙方保证乙方不属于患有精神疾病、甲类或乙类传染性疾病不符合入住养老机构疾病的老年人。

8.3乙方、丙方保证向甲方提供乙方在本合同签署前1个月内二级甲等以上医院进行体检的《体检报告》，体检项目包括：精神健康状况、传染疾病及养老机构要求的其他体检项目等，并将体检报告作为本合同附件。

**第九条 合同的变更、终止和解除**

9.1合同的变更

9.1.1在本合同履行过程中，甲方应定期对乙方进行老年人能力综合评估。或者乙方身心状况发生变化，需要变更照料护理等级的，甲方应及时对乙方进行老年人能力综合评估。根据上述两种评估的结果，甲方应当以书面、短信、微信的方式及时向乙方、丙方提出变更照料护理等级的建议。乙方、丙方同意变更照料护理等级的，应当签署《变更事项确认表》（附件9），根据变更事项确认表中变更护理等级后对应的服务项目服务并调整费用。

9.1.2如果乙方、丙方拒绝调整费用的，甲方仍按原护理等级提供服务。但因乙方、丙方不同意变更护理等级所产生的风险和后果由乙方、丙方自行承担。或者甲方认为，不调整服务项目将导致乙方的健康安全无法保障的，乙方也不接受调整后的服务的，甲方有权解除本合同。

9.1.3如果乙方、丙方在收到甲方的变更服务书面通知后 天内既不确认又不提出异议，但乙方实际接受甲方所提供的变更后的服务的，视为乙方、丙方接受甲方提出的变更事项和费用，各方已就合同的变更达成一致，乙方、丙方有义务支付变更后的服务费用。

9.2合同的解除

9.2.1出现下列情形之一的，乙方、丙方有权解除本合同：

（1）甲方提供的服务不符合合同约定，经乙方、丙方书面提出后15日内不改正的。

（2）因甲方或甲方工作人员的故意或者重大过失造成乙方人身或重大财产损害的。

（3）乙方试住期内不适应居住环境或管理方式的。

（4）本合同履行过程中，乙方或丙方提前30日书面通知甲方解除合同并结清服务费用的。

（5）乙方因疾病离开甲方的，但乙方、丙方要求保留房间或者床位的除外。

9.2.2出现下列情形之一的，甲方有权解除本合同：

（1）乙方拖欠各项费用，或逾期未补足入住保证金超过 日，经甲方催告后 日内仍不支付的。

（2）乙方严重违反甲方规章制度，造成甲方难以向乙方提供养老服务，或者对其他入院老年人造成伤害或伤害高风险的。

（3）乙方、丙方隐瞒乙方重要健康信息，或者隐瞒严重暴力犯罪历史或暴力倾向，或者入院后表现出暴力倾向、人身危险性（包括对自身或对他人），或者乙方出现精神障碍、患有必须隔离治疗的疾病的。

**第十条 重大事项的特别约定**

10.1乙方突发疾病或身体损伤等紧急情况的处理

乙方在入住期间突发疾病（含危重疾病）、身体伤害等紧急情况，需要施行手术、特殊检查或者特殊治疗的，若乙方、丙方签有《事项委托协议》（附件11）的，甲方根据《事项委托协议》的约定进行处理，就乙方手术、特殊检查或者特殊治疗代为签字所产生的一切风险和全部后果，由乙方、丙方承担，甲方不承担责任。

若乙方、丙方未签订《事项委托协议》的，甲方应及时通知丙方或联系120等医疗急救机构；丙方应当及时赶达医疗机构处理乙方的紧急就医事务，若甲方不能及时联系上丙方，即与本合同确定的紧急联系人取得联系，通报情况。相应医疗救治费用由乙方、丙方承担。

10.2.乙方突发重大情况，甲方与丙方的责任承担

在乙方出现突发危重疾病、精神状况恶化、去世等重大情况时，甲方无法联系到丙方，从而导致贻误抢救治疗、无法处理善后等后果的，丙方应当承担全部责任。甲方在按照本合同的约定履行相应义务的，不承担责任。

10.3乙方去世的善后及相关费用

乙方在入住甲方期间去世的，甲方应当及时通知丙方，由丙方负责善后事宜并承担相关费用。甲方如与丙方无法取得联系的，应当及时联系殡仪馆妥善保存乙方遗体，因此产生的费用由丙方承担（甲方垫付费用的，可以直接从入住保证金中扣除）。

10.4由乙方、丙方指定为 紧急联系人，紧急联系人电话为： 。紧急联系人信息发生变更时，乙方、丙方应当及时通知甲方。在乙方发生突发疾病（含危重疾病）、身体伤害等紧急情况，而甲方无法联系丙方时，紧急联系人应当配合甲方联系丙方。紧急联系人不配合的，由乙方、丙方承担一切责任，甲方不承担责任。

10.5其他情形下责任的承担

10.5.1在乙方入住甲方期间，乙方因食用他人带入的食品等原因造成损害的，甲方应当及时通知丙方，乙方及丙方应当自行承担责任。

10.5.2 在乙方入住甲方期间，乙方非因甲方原因患病或受到意外伤害的，甲方应在所提供服务和自身能力的范围内积极救治并及时通知丙方，但对乙方非因甲方原因患病、意外伤害、去世所产生的后果不承担责任。

10.5.3在乙方属于完全民事行为能力人时，因乙方原因造成其自身或者他人损害的，由乙方承担相应责任，丙方承担民事连带责任；在乙方属于限制民事行为能力人或无民事行为能力人时，因乙方原因造成其自身或者他人损害的，应由乙方、丙方承担相应责任。甲方未充分履行安全保障义务的，需依法承担相应责任。

10.5.4乙方、丙方未将乙方健康状况、用药情况及过往病史如实告知甲方，造成甲方在提供服务过程中导致乙方发生人身损害的，由乙方、丙方承担全部责任。

10.5.5乙方需外出就医，丙方拒绝及时携乙方到医院就诊的，由此造成的一切后果由乙方、丙方承担；丙方拒绝及时携乙方就诊的，为了乙方的健康，甲方可以派人陪同送医，但由乙方、丙方承担责任和相应费用。

10.5.6根据《老年人能力评估规范》，评估结果乙方属能力完好的老年人，甲方不限制乙方的行动自由，乙方应对自身活动行为负责。乙方突发疾病，甲方应第一时间通知丙方，并采取相应的救治措施，包括但不限于送乙方就医，所产生的一切后果及费用由乙方、丙方负责。

10.5.7乙方在服务期间因生理、疾病、心理等自身原因导致发生自伤、自残、自杀、出走或其他意外事故（包括但不限于：因乙方思想问题、心理问题、家庭矛盾等因素引起的各种意外伤害、死亡或乙方在甲方休养期间突发疾病、突发流行性传染疾病），甲方不承担任何责任，但应当全力配合救治，及时拨打120急救电话以及通知丙方，所产生的一切费用由乙方、丙方承担。

**第十一条 违约责任**

11.1因甲方及其工作人员的过错，造成乙方经济损失的，甲方应当赔偿乙方直接损失。

11.2甲方或其工作人员侵犯乙方、丙方知情权的，乙方、丙方有权要求甲方改正，造成乙方经济损失的，甲方应当赔偿损失。

11.4因乙方原因造成甲方或第三人损害的，乙方、丙方应当承担赔偿责任。

11.5乙方逾期补足入住保证金或逾期支付养老服务费的，每逾期一日按应补足金额的万分之 向甲方支付逾期付款违约金（违约金比例不得超过每日万分之三，违约金额度总计不超过应补足金额的总额）。

11.6本合同期满终止或解除后，乙方既未搬离甲方又不支付服务费用的，应当自合同期满终止、被解除的次日起，除按原合同标准继续支付各项费用外，另需按照合同总费用每日 %的金额向甲方支付违约金。甲方对乙方出现的患病和意外不承担责任，造成甲方经济损失的，乙方、丙方应当赔偿损失。

11.7本合同生效后任何一方不履行或者不完全履行约定义务的，应当承担相应的违约责任并赔偿由此给守约方造成的损失，损失包括但不限于守约方为实现债权而支付的律师费、公证费、鉴定费、保全费、保全担保费、诉讼（仲裁）费、差旅费以及其他相关费用，亦包括守约方因违约方的违约行为向任何第三方支付的违约金、赔偿金、补偿金、罚金、行政罚款等。

**第十二条 不可抗力**

12.1甲、乙、丙三方中的任何一方因遭受不可抗力导致未能履行其在本合同下的全部或部分义务的，不承担违约责任。遭受不可抗力的一方应及时将发生不可抗力的情形通知对方，并在15个工作日内将不可抗力发生的有效证明提供给对方。

12.2不可抗力指在签订合同时不可预见，在合同履行过程中不可避免且不能克服的自然灾害和社会性突发事件，包括但不限于疫情、地震、海啸、骚乱、戒严、暴动、战争等其他情形。

12.3因不可抗力导致本合同无法履行的，遭受不可抗力的一方应在不可抗力发生后及时通知合同其他当事人，本合同自动解除，各方互不承担违约责任。甲方、乙方、丙方应积极协调，妥善安置乙方。

**第十三条 纠纷的解决方式**

因本合同产生的纠纷，各方应当首先协商解决。协商不成的，按下列第 种方式处理：

（1）依法向 人民法院起诉。

（2）提交 仲裁委员会仲裁。

**第十四条 通知与送达**

14.1本合同所载明的甲方、乙方、丙方的通信地址和联系电话，一方要求变更的，应于变更之日书面告知对方。

14.2一方给对方发出的通知，按照下列情形确定通知送达对方的时间：

14.2.1采用邮寄、特快专递送达的，回执上注明的收件日期或拒收日期、未妥投日期为送达日。

14.2.2采用手机短信、微信等即时通信方式发送通知的，通知发送到收件方的手机时即为送达。

14.2.3采用电子邮件发送通知的，通知进入收件方邮箱时即为送达。

14.2.4采用传真发送通知的，收件方的传真机接收通知时即为送达。

14.3因收件方的通信地址、手机号码、传真、微信号、电子邮箱等信息错误、不详或发生变更未及时通知其他各方造成通知无法送达的，由收件方自行承担由此引起的一切后果和责任。

**第十五条 合同生效及附件**

15.1本合同一式叁份，甲方、乙方、丙方各执一份，具有同等法律效力。本合同自甲方签字盖章和乙方、丙方签字（系单位时，盖章生效）之日起生效。

15.2本合同的附件如下：

□附件1：甲方经营资质、房产证或租赁合同复印件；乙方、丙方身份证件、户口本复印件。

□附件2：《入住登记表》

□附件3： 《养老机构入住须知》

□附件4：《综合告知书》

□附件5：《体检报告项目说明》

□附件6：《老年人能力综合评估结果》

□附件7：《设施设备清单》

□附件8：《首次服务项目确认表》

□附件9：《变更事项确认表》

□附件10：《事项委托协议》

□附件11：《药品保管服务须知》

□附件12：《物品保管协议》

□其他附件： 。

15.3本合同附件系本合同组成部分，与本合同具有同等法律效力。

甲方（盖章）：

法定代表人或授权代表（签名并按指印）：

日期：

乙方（签名并按指印）：

日期：

丙方（签名并按指印）：

日期：

丙方（系单位的，盖章）：

法定代表人或授权代表（签名并按指印）：

日期：

签订地点：

附件1

甲方经营资质、房产证或租赁合同复印件；乙方、丙方身份证件

及户口本复印件

|  |
| --- |
| 甲方经营资质、房产证或租赁合同复印件。 |
| 乙方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）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（正反面复印） | | |

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： | | | | | | | | | | |
| 老年综合症（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）：  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）：

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，包括与他人产生语言、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、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、由您或代理人根据老年人能力综合评估结果在以下选项中“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、**特别提示：无论您是否具备独自外出能力、外出是否进行登记，均需注意安全。**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）：

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，乙方或丙方应当向甲方提供乙方在本合同签署前30日内在二级甲等以上级别医院进行体检的《体检报告》，若提供的体检报告项目不全，由此带来的风险由入住方自行负责；若体检项目中无感染相关指标，养老机构可拒接收住。

《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 |  |  |  |
| 电视机 | | 台 |  |  |  |
| 暖气 | | 组 |  |  |  |
| 衣柜 | | 组 |  |  |  |
| 床头柜 | | 个 |  |  |  |
| 电视柜 | | 组 |  |  |  |
| 洗漱台 | | 个 |  |  |  |
| 坐便器 | | 个 |  |  |  |
| …… | |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 电视遥控器 | | 个 |  |  |  |
| …… | |  |  |  |  |
| 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、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 □提供安全设备设施  □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： | | | |  |
| 生活照料  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 | 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）  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，经各方协商一致，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、丙方同意并确认上述变更事项。

甲方（盖章）：

乙方（签名）：

丙方（签名或盖章）：

日期： 年 月 日

附件10

事项委托协议

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

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

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，丙方接到甲方通知后无法及时赶到甲方的，特此授权甲方立即采取必要救治措施，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、且丙方无法及时到场签字的情况下，**乙方、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 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）：

丙方（签名或盖章）：

日期： 年 月 日

附件11

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.乙方应委托我院保管其药品并签订药品保管协议，如不接受我院提供的药品保管服务，则由承担因此可能发生的所有风险和全部后果。

2.乙方、丙方委托我院保管其药品，应按照约定办理：

（1）我院对乙方的自带药品进行统一管理。

（2）乙方、丙方必须向我院提交医疗机构病历、治疗单、处方，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、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），乙方应接受；若不接受，自行承担因此所发生的全部后果。

(6) 药品必须包装完好，乙方、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、丙方负责。

（8）乙方、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，同意委托养老机构保管药品，并切实遵守上述约定。

乙方（签名）：

丙方（签名或盖章）：

日期： 年 月 日

附件12

物品保管协议

甲方：

乙方：

丙方：

甲方、乙方或甲方、丙方双方协商一致，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：乙方把物品或两方将乙方物品交给甲方，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、丙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、丙方自担责任。

五、本协议自双方盖章、签字之日起生效，本协议一式两份，签订协议双方各执一份。

甲方（签名并盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 乙方（签名）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_丙方（签名或盖章）：

日期： 年 月 日 日期： 年 月 日

 重庆市民政局办公室 2024年5月30日印发