

花蓮縣長照2.0「居家失能個案家庭醫師照護方案」

醫事人員服務同意書(參考範本)

108.11、110.05、111.12、113.04修訂

茲同意_____ (服務使用者)接受_____ (提供服務單位)

透過衛生福利部「居家失能個案家庭醫師照護方案」定期家訪，提供以下服務：

項目	說明	次數
長照醫事照護意見	開立醫師意見書	6個月開立1次， 上限2次/年
定期關懷個案健康	電話關懷	至少1次/月
	家庭訪視	醫師：至少1次/6個月 護理師：至少1次/4個月
定期追蹤三高數值	高血壓(血壓監測)	至少1次/4個月
	高血糖(糖化血紅素)	至少2次/年： 一年至少二次追蹤已完成篩 檢之數值
	高血脂(TG、LDL、HDL)	
衛教指導	1.依個案健康問題，給予醫事及長照相 關照護衛教 2.提供衛教宣導單張及資源	服務期間
長照暨其他資源連結	1.長照需要者：依個案需要與照顧管理 專員或A單位個案管師聯繫協調 2.其他NGO資源連結	服務期間
推動病人自主權利	宣導預立醫療照護諮商(ACP)、預立醫 療決定(AD)	收案滿6個月完成宣導ACP 與AD

收費標準：民眾自付費(費用由政府負擔)。

相關說明：

- 一、訪視醫事人員所知悉或取得之本人上述資料，應予保密，並遵守個人資料保護法等相關規定，不得為其他用途或不正當使用。
- 二、終止服務情形：個案遷居、入住機構、長照服務結束、服務資格不符、無意願使用本服務。
- 三、服務意見溝通管道及申訴：服務期間有服務提供上的任何意見，得逕向服務單位提出，電話：_____，電子郵件信箱：_____，
申訴單位地址：_____。

立同意書人：

個案本人(簽名或蓋章)：

身分證字號：(必填)

代理人(簽名或蓋章)：

身分證字號：(如有必填)

關係：

代理人聯絡電話：

代理人地址：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日