

BF-2022-2731

合同编号: ____

北京市养老服务合同

(养老机构版)

北京市民政局
北京市市场监督管理局
2022年10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兼连带保证人（以下简称代理人）之间签订养老服务合同时使用。本合同由当事人自愿签署，当事人可以使用本合同，也可以参照本合同自行制定合同文本。

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并在民政部门备案，为老年人提供全日集中住宿和照料护理服务，床位数在 10 张以上的机构。

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，入住老年人的监护人为必填项。入住老年人为完全民事行为能力人的，入住老年人的监护人无需填写。入住老年人有监护人的，合同中的乙方包括入住老年人、入住老年人的监护人，根据合同条款内容特指老年人的除外。

8. 入住老年人的代理人作为连带保证人，就入住老年人在本合同项下对养老机构所负的债务承担连带保证责任。

9. 本合同约定了各方的民事权利义务关系，因产生的纠纷，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。

10. 本示范文本由北京市民政局、北京市市场监督管理局共同制定。

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

统一社会信用代码：_____

机构备案号：_____

通信地址：_____ 邮编：_____

机构电话：_____ 机构邮箱：_____

法定代表人：_____ 联系电话：_____

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：_____

户籍所在地：_____ 邮编：_____

家庭住址：_____ 邮编：_____

手机号码：_____ 电子邮箱：_____

乙方监护人：

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：_____

户籍所在地：_____ 邮编：_____

经常居住地: _____ 邮编: _____

工作单位: _____ 联系电话: _____

单位地址: _____ 邮编: _____

通信地址: _____

单位

单位名称: _____

单位法定代表人(或负责人): _____ 性别: _____

国籍: _____ 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: _____

单位地址: _____

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: _____

户籍所在地: _____ 邮编: _____

经常居住地: _____ 邮编: _____

工作单位: _____ 联系电话: _____

单位地址: _____ 邮编: _____

通信地址: _____

单位

单位名称: _____

单位法定代表人(或负责人): _____ 性别: _____

国籍: _____ 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: _____

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 乙方入住的条件及程序

1.1 乙方入住条件

- (1) 原则上年满 60 周岁；
- (2) 无精神疾病、无传染性疾病；
- (3) 无其他不适宜入住的情形：_____。

1.2 入住程序

1.2.1 乙方、乙方监护人、丙方应当向甲方提交各自的有效身份证件复印件。乙方监护人、丙方系单位的，须向甲方提交有效注册登记材料的复印件（加盖公章）、法定代表人/负责人及联系人的身份证件复印件。

乙方应当向甲方提交授权委托书。

上述材料作为本合同的附件 1。

1.2.2 乙方和丙方必须如实向甲方提供信息资料，如实告知乙方健康状况、用药情况及过往病史，如实填写《入住登记表》（附件 2）。

1.2.3 乙方、丙方在签订本合同时，还应当阅读《_____养老机构入住须知》（附件 3）及《综合告知书》（附件 4）并签字，作为本合同组成部分。

1.2.4 乙方、丙方应当按《体检报告项目说明》（附件 5）的内容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》。

1.2.5 老年人能力综合评估

甲方根据乙方的《入住登记表》《体检报告》及对乙方的身体状况进行能力综合评估，确定乙方的综合能力等级为（在下面的选项中，选中的打√，不选的打×）：

4 级能力完好

3 级轻度失能

2 级中度失能

1 级重度失能

乙方、丙方认可甲方进行的评估结果，评估结果作为本合同的附件6。

第二条 服务地点及服务设施

2.1.1 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)。

2.1.2 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)。

2.2 乙方选择入住的房间类型为（在下面的选项中，选中的打√，不选的打×）：

单间 双人间 三人间 多人间（四人及以上，含四人）

其他_____（例如：包房等）。

2.3 乙方选择的具体房间床位为：_____。

2.4 乙方、丙方要求调整房间的，应经各方协商一致并书面确认，如各方不能达成一致，则仍按本合同约定的房间

履行。

2.5 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。

第三条 服务内容与质量标准

3.1 甲方根据本市老年人能力评估实施办法和相关标准、《入住登记表》《体检报告》及对乙方的能力综合评估结果，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）。

3.2 在本合同履行过程中，甲方每年定时对乙方进行一次老年人能力综合评估。如乙方身心状况发生变化，需要变更照料护理等级的，甲方应当及时重新进行老年人能力综合评估。甲方确定或者变更乙方照料护理等级，应当经乙方、丙方同意。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》，《变更事项确认表》（附件 9）。乙方、丙方对重新评估结果有异议的，可与甲方协商进行复评，根据复评结果，仍需要调整乙方相应的照料护理等级、服务内容和服务费用的，乙方、丙方应当签署《变更事项确认表》。

第四条 收费标准及费用的支付

4.1 养老服务费用

4.1.1 甲方提供的各种服务项目及其收费标准（附件 10）应当在养老机构内公共区域的显著位置进行公示。

4.1.2 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) 服务费：_____元/月。
- (3) 膳食费：_____元/月。
- (4) 其他费用：_____。

4.1.3 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）。

4.1.4 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。

4.1.5 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。

4.1.6 本合同履行期间，如乙方应当变更照料护理等级或者物价发生重大变化的，服务费用按照下列约定处理：

4.1.6.1 乙方、丙方同意变更照料护理等级的，应当按照《变更事项确认表》或者补充协议的约定支付费用。

4.1.6.2 乙方、丙方不同意变更照料护理等级的，则甲

方仍然按原照料护理等级提供服务并收取费用。因乙方不同意变更照料护理等级所产生的风险与后果，由乙方和丙方承担。

4.1.6.3 乙方、丙方收到甲方变更服务方案的书面通知后_____日内既不确认又不提出异议，但乙方实际接受甲方按变更的服务方案提供服务的，则乙方应当按照变更服务方案的服务项目支付费用。

4.1.6.4 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，书面通知乙方、丙方。

4.1.6.5 乙方、丙方对收费标准有异议的，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。

4.1.7 在本合同约定的期限届满后，如各方未续订书面合同，但乙方继续入住甲方的，在甲方提供实际服务的期间，乙方应当按照该期间的甲方收费标准支付费用并承担违约责任。

4.1.8 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。

4.2 入住保证金

4.2.1 在签订本合同时，乙方应当向甲方交纳入住保证

金，金额为人民币_____元（大写：_____圆整）入住保证金数额不得超过月养老服务费用标准的四倍。

4.2.2 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：_____。

4.2.3 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的医疗费。

4.2.4 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。

4.2.5 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。

4.2.6 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，甲方应当把入住保证金的余额无息返还乙方、丙方。

4.2.7 甲方为乙方、丙方了解预付入住保证金使用记录、余额等信息提供查询服务，具体查询方式_____。

4.3 其他事宜

4.3.1 乙方自签署本合同的次日起，有7天冷静期，冷静期期间，在未入住机构的情况下，有权无条件解除本合同，乙方经与甲方以书面 电子邮件 短信 微信 其他_____方式确认退费申请后，甲方应于5日内一次性返还全部预付费用。

4.3.2 甲方不得代管乙方的北京通养老助残卡。

4.3.3 本合同终止、被解除，涉及甲方应当给乙方、丙方退费的，直接按_____方式退回。

第五条 合同期限及合同期满的处理

5.1 本合同服务期限为_____年(月)，自_____年____月日至

_____年____月____日止。其中，试住期为15日，自_____年____月日至_____年____月____日止。

5.2 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，无需支付其他费用。

其他：_____。

5.3 甲方、乙方、丙方在本合同期满前30日内同意按照本合同的条款续约的，由甲方、乙方、丙方续签合同。

5.4 如果甲方、乙方、丙方未能在合同期满前30日内就续约事项达成一致、且乙方在合同期满后亦不再继续入住甲方的，则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。

5.5 本合同约定的期限届满后，如各方未续订书面合同，且乙方未按期搬离甲方的，甲方有权通知乙方、丙方要求乙方于_____日内搬离甲方，乙方、丙方办理离院手续并结清所有费用。

5.6 当出现5.4款或者5.5款约定的情形时，为保障乙

方安全，乙方监护人及丙方以外的人接走乙方时，应当征得乙方监护人或丙方的同意。未经乙方监护人或丙方同意，其他任何人均无权将乙方接离甲方。

第六条 甲方的权利义务

6.1 甲方的权利

- 6.1.1 有权按照本合同的约定收取服务费用。
- 6.1.2 有权依法依规制订、修改养老管理服务规章制度。
- 6.1.3 有权拒收不适合乙方身体状况的食品、非医嘱药品及具有危险性的物品。
- 6.1.4 在法律允许范围内，在征得乙方、丙方的同意后，可以合理使用乙方入住期间信息资料，如纪念、收藏、活动展览等，但不得以营利为目的使用乙方的信息资料。

6.2 甲方的义务

- 6.2.1 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开展服务活动，按照国家、本市、行业有关养老服务质量和规范的要求以及本合同的约定为乙方提供养老服务，具体详见《国家、行业和北京市地方标准清单》附件 11。

6.2.2 应当依照其登记类型、经营性质、运营方式、设施设备条件、管理水平、服务质量、照料护理等级等因素合理确定服务项目的收费标准，并遵守国家和地方政府价格管理有关规定。

6.2.3 制订、修改的涉及乙方权利义务的管理服务规章制度和各类服务项目收费标准，应当在养老机构内的公共区域显著位置进行公示，并按照公示的规章制度为乙方提供管

理服务。

6.2.4 应当配备适合乙方安全保护要求的设施、设备及用具，定期对活动场所和物品进行消毒和清洗。

6.2.5 应当按照规定配备符合比例要求的有资质的各类养老服务人员；保证从事医疗、康复、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专业技术等级证书上岗，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。

6.2.6 应当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。

6.2.7 自乙方监护人或丙方委托甲方管理其外出就诊所配药品并办理药品移交手续之日起，甲方应当按照卫生部门的规定及相关医嘱，为乙方提供相应的药品管理服务。

6.2.8 在乙方突发危重疾病时，甲方应当尽己所能采取必要救助措施，及时联系救护车，派人陪同，转送医疗机构救治，并通知乙方监护人或丙方；在乙方突发其他紧急情况时，应当及时采取必要救助措施，并通知乙方监护人或丙方。

6.2.9 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，并通知乙方监护人或丙方，检查、处理的相关费用全部由乙方及丙方负担。

6.2.10 定期组织乙方参加体检，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。

6.2.11 应当为乙方的家庭成员或者其他亲友看望或者问候乙方提供便利，为乙方联系家庭成员提供帮助。但乙方的家庭成员或者其他亲友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。

6.2.12 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，接受乙方或丙方的合理建议和监督。

6.2.13 在履行本合同过程中，应当节约资源，避免污染环境。

6.2.14 如发生公共卫生事件等特殊情况，应当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，并对乙方、丙方做好解释工作。

6.2.15 对与乙方、丙方进行重要事项沟通确认的音视频或其他记录文件，应按老年人信息档案管理要求进行保存。

6.2.16 因经营陷入困境、丧失养老服务资质、经营场所毁损、灭失或者被政府强制收回、拆除、征收、征用、责令整改、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。应在暂停或者终止服务 60 日前，就安置事宜进行公示，并通知乙方监护人和丙方。

第七条 乙方及乙方监护人的权利义务

7.1 乙方的权利

7.1.1 委托丙方全权处理与本合同的订立、履行、变更、解除、终止、续约等有关的全部事项，并认可代理行为，接受代理结果。

7.1.2 有权按照本合同的约定获得甲方提供的养老服务。

7.1.3 有权对甲方的管理服务提出意见和建议。

7.1.4 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、入院记录等有知情权。

7.1.5 有权参加甲方组织的适合乙方健康状况的活动。

7.1.6 享有隐私权，人格尊严和财产不受侵犯。

7.1.7 有权在突发疾病的情况下获得甲方及时、必要的医疗帮助。

7.2 乙方的义务

7.2.1 应当按照本合同约定的时间和金额支付养老服务费用。自行承担在医院就医治疗所发生的医疗费、住院押金等一切费用。对于甲方垫付的费用应及时结清。

7.2.2 应当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、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》。

7.2.3 应当配合甲方做好评估，确认照料护理等级，配合甲方参加二级以上医院的定期体检，并承担体检费用。

7.2.4 应当自觉遵守甲方的规章制度，维护甲方正常运营秩序。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。

7.2.5 为了乙方的安全，未经甲方书面同意，不得带入电器，不得违规使用电器；不得存放危险物品。

7.2.6 不得在房间内和甲方的禁烟区吸烟；不得酗酒。

7.2.7 乙方因疾病需要治疗的，在治疗期间应当遵守医嘱，配合治疗。如外出就医需在医院观察治疗的，应当及时通知甲方。

7.2.8 不得私自留宿他人。外出应当做好请假、销假登记，在外留宿应当及时通知甲方。

7.2.9 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。

7.2.10 对于甲方的管理服务，应当予以配合。

7.3 乙方监护人的权利

7.3.1 有权对甲方的管理服务提出批评建议。

7.3.2 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。

7.3.3 享有对乙方的探视权。

7.3.4 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。

7.4 乙方监护人的义务

7.4.1 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、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。

7.4.2 应当劝导乙方自觉遵守甲方的规章制度、接受管理服务、爱护甲方的各项服务设施。

7.4.3 应当经常与乙方沟通、探视，满足乙方的精神需求。

7.4.4 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。

7.4.5 应当遵守甲方的规章制度，维护甲方正常服务秩序。对乙方的探视不得影响甲方的正常管理与服务。

7.4.6 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。

7.4.7 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。

7.4.8 应当及时协助甲方处理乙方出现的紧急情况。

7.4.9 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，并向甲方如实告知乙方的就医情况。

7.4.10 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。

7.4.11 对于甲方为乙方提供的管理服务，应当尽力配合。

7.4.12 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 丙方的权利义务

8.1 丙方的权利

丙方除享有“7.3条款”外，还有权依据法律规定或者与乙方的约定，接受乙方的指定，代理乙方全权处理与本合同的订立、履行、变更、解除、终止、续约等有关的全部事项，维护乙方的合法权益。

8.2 丙方的义务

丙方应承担“7.4 条款”规定的相同义务。

第九条 合同的变更、终止和解除

9.1 合同的变更

在本合同履行过程中，各方经协商一致，可以签订补充协议，对合同相关内容进行变更。

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) 乙方在试住期内不适应居住环境或管理方式的。

(4) 乙方在冷静期内要求解除合同的。

(5) 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。

(6) 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) 乙方无故拖欠各项费用，或逾期未补足入住保证金超过 15 日，经甲方催告后 7 日内仍不支付的。

(2) 乙方或丙方拒不配合，导致甲方的运营秩序无法正常维持的。

(3) 乙方出现精神障碍、患有必须隔离治疗的疾病或者

具有暴力倾向等人身危险的。

9.2.3 出现下列情形之一的，甲方、乙方、丙方均有权解除本合同：

(1) 乙方、丙方对评估结果如有异议，可自行向有资质的第三方机构申请复评，根据复评结果，仍需要调整乙方相应的照料护理等级、服务内容和服务费用，但乙方、丙方拒绝签署《变更事项确认表》的，或者乙方或丙方对评估结果有异议，但又不与甲方协商进行复评的。

(2) 如果根据乙方健康状况的变化，不调整服务项目将导致乙方的健康安全无法保障的，在甲方提出变更的服务方案后，乙方、丙方拒绝变更服务方案的。

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，甲方根据《事项委托协议》（附件12）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。

10.2. 乙方突发重大情况，甲方与乙方监护人、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，如甲方尽己所能采取必要救助措施，并及时联系乙方监护人、丙方，但甲方无法联系到乙方监护人、丙方，从而导致贻误抢救治疗、无法处理善后等后果的，乙方监护人、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

义务后，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，甲方应当及时通知乙方监护人、丙方，由乙方监护人、丙方负责善后事宜并承担相关费用。甲方如与乙方监护人、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，因此发生的费用由乙方监护人、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，而甲方无法联系乙方监护人或丙方时，紧急联系人应当配合甲方联系乙方监护人或丙方。紧急联系人不配合的，由乙方、丙方承担责任。

10.5 其他情形下责任的承担

10.5.1 在乙方入住甲方期间，甲方应当告知乙方不能食用与其身体状况不适宜的食品，乙方因食用他人带入的食品等原因造成损害的，甲方应当及时通知乙方监护人、丙方，乙方监护人、丙方应当自行承担责任。

10.5.2 在乙方入住甲方期间，乙方因自身身体原因患病的，甲方应在所提供的服务和自身能力的范围内积极救治并及时通知乙方监护人、丙方，但对乙方因自身身体原因患病、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，应由乙方监护人、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、乙方监护人、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、乙方监护人、丙方承担全部责任。

10.5.5 乙方需外出就医，乙方监护人、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监护人、丙方承担；乙方监护人、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。但是甲方对于陪同送医的后果不承担责任，由乙方、乙方监护人、丙方承担责任。

10.6 本条约定的上述各款内容，甲方应当逐条向乙方、乙方监护人、丙方讲解。

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，甲方应当赔偿损失。

11.2 甲方提供的服务不符合 6.2.1 约定的标准，乙方、丙方有权要求甲方改正，造成乙方人身或财产损失的，甲方应当赔偿相应损失。

11.3 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万分之三，违约金总额不超过应补足金额的30%）。

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，按照养老服务费用每日金额的_____%向甲方支付违约金。造成甲方经济损失的，乙方、丙方还应当赔偿损失。

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、政府行为等其他情形。

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_____区人民法院起诉。
- (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、乙方监护人、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_____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
- 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：《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》
- 附件 12：《事项委托协议》
- 附件 13：《药品保管服务须知》
- 附件 14：《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：

乙方监护人（签名并按指印）：
日期：

乙方监护人（系单位的，盖章）：
法定代表人或授权代表（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**

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。

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄		照片
国籍		出生日期				
籍贯			户籍地			
民族	<input type="checkbox"/> 汉族 <input type="checkbox"/> 其他: -----		政治面貌			
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 未说明婚姻情况					
证件类型		证件号码				
文化程度	<input type="checkbox"/> 文盲半文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中/技校/中专 <input type="checkbox"/> 大学专科及以上 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 全公费 <input type="checkbox"/> 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 全自费 <input type="checkbox"/> 其他					
经济来源	<input type="checkbox"/> 退休金/养老金 <input type="checkbox"/> 子女补贴 <input type="checkbox"/> 亲友资助 <input type="checkbox"/> 其他补贴: -----					
入住前住处	<input type="checkbox"/> 家 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 保姆 <input type="checkbox"/> 其他: -----) <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 疾病名称: _____, 确诊时间_____ 疾病名称: _____, 确诊时间_____				
		<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 手术名称: _____, 手术时间_____ 手术名称: _____, 手术时间_____				
		<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 外伤部位: _____, 发生时间_____ 外伤部位: _____, 发生时间_____				
	就医情况	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: _____				
		固定时间就诊: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (原因: _____, 频率---次/---月) 近一年内住院情况: <input type="checkbox"/> 未住院 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 未去过 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 无症状 <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> 头晕 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 胸闷 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 慢性咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困难 <input type="checkbox"/> 多饮 <input type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> 体重下降 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 关节肿痛 <input type="checkbox"/> 手脚麻木 <input type="checkbox"/> 视力模糊 <input type="checkbox"/> 眼花 <input type="checkbox"/> 耳鸣 <input type="checkbox"/> 尿急 <input type="checkbox"/> 尿痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 恶心呕吐 <input type="checkbox"/> 食欲减退 <input type="checkbox"/> 乳房胀痛 <input type="checkbox"/> 体位性低血压 <input type="checkbox"/> 其他: _____				
过敏史	药物过敏: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____ 食物过敏: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____ 环境过敏: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: _____				
老年综合征 (近三月内情况)	跌倒: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 次数、地点_____ 记忆下降: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 具体表现_____ 体重下降: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 下降重量 (kg) _____ 小便失禁: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 次数_____ 睡眠障碍: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 睡眠增多 <input type="checkbox"/> 睡眠减少 <input type="checkbox"/> 异常行为 _____ 疼痛: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 疼痛部位_____ 视力异常: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 老视 <input type="checkbox"/> 近视 <input type="checkbox"/> 远视, 度数 (左、右眼) _____ 听力下降: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: 具体表现_____				
精神状况 (近三月内情况)	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 游走 <input type="checkbox"/> 日夜颠倒 <input type="checkbox"/> 语言攻击行为 <input type="checkbox"/> 肢体攻击行为 <input type="checkbox"/> 对物品的攻击行为 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻觉 <input type="checkbox"/> 焦虑/恐惧 <input type="checkbox"/> 自伤/自杀 <input type="checkbox"/> 重复行为 <input type="checkbox"/> 其他状况: _____				
语言表达	<input type="checkbox"/> 流利 <input type="checkbox"/> 含糊 <input type="checkbox"/> 体语 <input type="checkbox"/> 失语 <input type="checkbox"/> 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！

一、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，两侧均要加床挡保护。

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 $\geq 30^\circ$ ）。

(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	<input type="checkbox"/> 入住咨询 <input type="checkbox"/> 法律咨询 <input type="checkbox"/> 心理咨询 <input type="checkbox"/> 医疗咨询 <input type="checkbox"/> 护理咨询 <input type="checkbox"/> 康复咨询 <input type="checkbox"/> 教育咨询 <input type="checkbox"/> 服务咨询 <input type="checkbox"/> 其他咨询: _____				
膳食服务	<input type="checkbox"/> 食谱定制 <input type="checkbox"/> 营养配餐 <input type="checkbox"/> 食品加工与制作 <input type="checkbox"/> 其他膳食服务: _____				
送餐服务	<input type="checkbox"/> 定期订餐 <input type="checkbox"/> 按时送餐 <input type="checkbox"/> 其他送餐服务: _____				
医疗服务	<input type="checkbox"/> 疾病诊治 <input type="checkbox"/> 健康指导 <input type="checkbox"/> 预防保健、体检 <input type="checkbox"/> 药事管理 <input type="checkbox"/> 医疗相关风险管理及告知 <input type="checkbox"/> 转诊转院 <input type="checkbox"/> 其他医疗服务: _____				
	慢病管理: <input type="checkbox"/> 慢病监测 <input type="checkbox"/> 健康咨询 <input type="checkbox"/> 用药指导 <input type="checkbox"/> 其他慢病管理服务: _____				
陪同就医服务	<input type="checkbox"/> 陪同指定医院就医 <input type="checkbox"/> 协助挂号 <input type="checkbox"/> 协助完成各项检查 <input type="checkbox"/> 协助取药 <input type="checkbox"/> 其他陪同就医服务: _____				
心理/精神支持服务	<input type="checkbox"/> 情绪疏导 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 危机干预 <input type="checkbox"/> 老年人家属心理支持服务 <input type="checkbox"/> 其他心理/精神支持服务: _____				
安全保护服务	<input type="checkbox"/> 安全风险评估 <input type="checkbox"/> 安全教育 <input type="checkbox"/> 提供安全设备设置 <input type="checkbox"/> 其他安全保护服务: _____				
休闲娱乐服务	<input type="checkbox"/> 文体活动 <input type="checkbox"/> 棋牌娱乐 <input type="checkbox"/> 健身活动 <input type="checkbox"/> 游艺活动 <input type="checkbox"/> 影视观看服务 <input type="checkbox"/> 参观游览 <input type="checkbox"/> 其他娱乐休闲服务: _____				
教育服务	<input type="checkbox"/> 读书 <input type="checkbox"/> 讲座 <input type="checkbox"/> 老年大学 <input type="checkbox"/> 其他教育服务: _____				
委托服务	<input type="checkbox"/> 代读、代写书信 <input type="checkbox"/> 代领物品 <input type="checkbox"/> 代缴费用 <input type="checkbox"/> 其他委托服务: _____				
环境卫生服务	<input type="checkbox"/> 机构公共区域清洁 频次: _____ <input type="checkbox"/> 老年人居室清洁 频次: _____ <input type="checkbox"/> 其他环境卫生服务: _____				

洗涤服务	<input type="checkbox"/> 老年人衣物洗涤 频次: _____ <input type="checkbox"/> 老年人居室布草洗涤 频次: _____ <input type="checkbox"/> 其他洗涤服务: _____	
购物服务	<input type="checkbox"/> 代购日常生活物品 <input type="checkbox"/> 陪同外出购物 <input type="checkbox"/> 协助老年人使用网络购物 <input type="checkbox"/> 其他购物服务: _____	
维修服务	<input type="checkbox"/> 公共设施设备维修 <input type="checkbox"/> 老年人居室设备维修 <input type="checkbox"/> 其他维修服务: _____	
通信服务	<input type="checkbox"/> 提供电话设备 <input type="checkbox"/> 提供互联网上网服务 <input type="checkbox"/> 其他通信服务: _____	
交通服务	<input type="checkbox"/> 提供交通工具运送老年人 <input type="checkbox"/> 联系交通工具运送老年人 <input type="checkbox"/> 其他交通服务: _____	
基础设施服务	<input type="checkbox"/> 提供居室内基本用电服务 <input type="checkbox"/> 提供居室内基本用水服务 <input type="checkbox"/> 提供有线电视收视服务 <input type="checkbox"/> 提供空调服务 <input type="checkbox"/> 提供冬季取暖服务 <input type="checkbox"/> 提供生活饮用水服务 <input type="checkbox"/> 呼应应答服务 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 洗脸 <input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 洗头 <input type="checkbox"/> 洗脚 <input type="checkbox"/> 按摩 <input type="checkbox"/> 拍背 <input type="checkbox"/> 协助整理个人物品 <input type="checkbox"/> 清洁整理床铺 <input type="checkbox"/> 更换床单 <input type="checkbox"/> 其他个人清洁卫生服务: _____	
	穿衣服务: <input type="checkbox"/> 更换上衣、裤子 <input type="checkbox"/> 协助穿衣 <input type="checkbox"/> 整理衣物 <input type="checkbox"/> 其他穿衣服服务: _____	
	修饰服务: <input type="checkbox"/> 梳头 <input type="checkbox"/> 剃须 <input type="checkbox"/> 剪指/趾甲 <input type="checkbox"/> 化妆 <input type="checkbox"/> 其他修饰服务: _____	
	饮食照料服务: <input type="checkbox"/> 经口喂食或水 <input type="checkbox"/> 鼻胃管喂食或水 <input type="checkbox"/> 协助用膳 <input type="checkbox"/> 其他饮食服务: _____	
	如厕照料服务: <input type="checkbox"/> 定时提醒如厕 <input type="checkbox"/> 使用便盆 <input type="checkbox"/> 使用尿壶 <input type="checkbox"/> 协助入厕排便、排尿 <input type="checkbox"/> 其他如厕服务: _____	
	口腔清洁服务: <input type="checkbox"/> 刷牙 <input type="checkbox"/> 漱口 <input type="checkbox"/> 清洁义齿 <input type="checkbox"/> 口腔擦拭 <input type="checkbox"/> 其他口腔清洁服务: _____	

老年护理服务	<p>皮肤清洁服务： <input type="checkbox"/>淋浴 <input type="checkbox"/>床上擦浴 <input type="checkbox"/>清洗会阴 <input type="checkbox"/>其他皮肤清洁服务：_____</p> <p>体位转移应服务： <input type="checkbox"/>进行床上体位转换 <input type="checkbox"/>床与轮椅转移 <input type="checkbox"/>床与平车转移 <input type="checkbox"/>其他体位转移服务：_____</p> <p>便溺照料服务： <input type="checkbox"/>协助进行床上排便 <input type="checkbox"/>人工排便 <input type="checkbox"/>药物及辅助用品肛注排便 <input type="checkbox"/>床上排尿 <input type="checkbox"/>更换一次<input type="checkbox"/>性护理垫、 <input type="checkbox"/>更换一次性尿裤 <input type="checkbox"/>其他便溺服务：_____</p> <p>皮肤护理服务： <input type="checkbox"/>卧床老年人预防压疮 <input type="checkbox"/>老年人皮肤观察 <input type="checkbox"/>定时更换体位 <input type="checkbox"/>清洁皮肤 <input type="checkbox"/>使用预防压疮的器具 <input type="checkbox"/>其他皮肤护理服务：_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他生活照料服务：_____</p>	
	<p><input type="checkbox"/>老年人综合评估</p> <p>慢病管理服务： <input type="checkbox"/>老年人慢性非传染性疾病情况制定护理计划 <input type="checkbox"/>实施维持性治疗 <input type="checkbox"/>观察老年人症状变化、定期检测 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>生活方式干预 <input type="checkbox"/>健康教育 <input type="checkbox"/>其他慢病管理服务：_____</p>	
	<p>病症护理服务： <input type="checkbox"/>常见病症进行观察 <input type="checkbox"/>按照医嘱针对护理 <input type="checkbox"/>其他 <input type="checkbox"/>病症护理服务：_____</p>	
	<p>护理技术操作服务： <input type="checkbox"/>清洁与舒适管理 <input type="checkbox"/>营养与排泄护理 <input type="checkbox"/>常见症状护理 <input type="checkbox"/>皮肤、伤口、造口护理 <input type="checkbox"/>气道护理 <input type="checkbox"/>引流护理 <input type="checkbox"/>生命体征监测 <input type="checkbox"/>急救技术 <input type="checkbox"/>常用标本采集 <input type="checkbox"/>给药治疗与护理 <input type="checkbox"/>其他护理服务：_____</p>	
	<p><input type="checkbox"/>健康指导 <input type="checkbox"/>药品管理服务 <input type="checkbox"/>其他老年护理服务：_____</p>	
协助医疗护理服务	<p><input type="checkbox"/>老年人日常生活观察 <input type="checkbox"/>协助或指导老年人使用辅助器具 <input type="checkbox"/>化验标本的收集送检 <input type="checkbox"/>其他协助医疗护理服务：_____</p>	
康复服务	<p><input type="checkbox"/>康复评定和制定计划 <input type="checkbox"/>物理治疗 <input type="checkbox"/>作业治疗 <input type="checkbox"/>言语治疗 <input type="checkbox"/>中医康复治疗 <input type="checkbox"/>其他康复服务：_____</p>	
安宁服务	<p><input type="checkbox"/>疼痛及其他症状护理服务 <input type="checkbox"/>舒适照护 <input type="checkbox"/>其他安宁服务：_____</p>	

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