

附件

合同编号：\_\_\_\_\_

# 深圳市养老机构服务合同 示范文本

深圳市市场监督管理局 制定  
深圳市民政局

2022 年

# 说明

1.本合同文本为示范文本，由深圳市市场监督管理局、深圳市民政局共同制定。

2.本示范文本所称养老机构，是指依法办理登记，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。养老机构包括营利性养老机构和非营利性养老机构。养老机构应当在收住老年人后10个工作日内向民政部门办理备案。

3.本合同供本市养老机构与入住老年人和担保人（或监护人、紧急联系人）之间签订养老服务合同使用。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。

4.养老机构应当就合同重大事项对老年人及其家属或其担保人（或监护人、紧急联系人）尽到提示义务。老年人及其家属或担保人（或监护人、紧急联系人）等应当审慎签订合同，注意查看养老机构的经营资质，在签订本合同前，要仔细阅读合同条款，特别是审阅其中具有选择性、补充性、修改性的内容，注意防范潜在的风险。

5.本合同文本“□”中选择内容、空格部位或划线处填写内容及其他需要删除或添加的内容，双方当事人应当协商确定。“□”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，应当在空格部位打×或划线处写“无”，以示删除。

6.当事人可以书面形式对本示范文本内容进行变更或者补充，但变更或者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。

7.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。

甲方（养老机构）：

名称：

统一社会信用代码：

住所（址）：

邮编：

法定代表人：

联系方式：

乙方（入住老年人）：

姓名：

性别：

出生年月：

证件类型：居民身份证 护照 港澳居民来往内地  
通行证 台湾居民来往大陆通行证 其他

证件号码：

联系方式：

住所（址）：

户籍所在地：

邮编：

丙方（监护人/担保人/紧急联系人）：

姓名：

性别：

出生年月：

与乙方关系：监护人担保人紧急联系人

联系方式：

证件类型：居民身份证 护照 港澳居民来往内地  
通行证 台湾居民来往大陆通行证 其他

证件号码：

住所（址）：

户籍所在地：

邮编：

工作单位：

通信地址：\_\_\_\_\_

（若乙方属于限制民事行为能力或者无民事行为能力的入

住老年人，须由监护人签字确认)

根据《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》、《深圳经济特区养老服务条例》等有关法律、法规的规定，甲方、乙方、丙方本着平等、自愿、公平、诚实守信的原则，经友好协商，就甲方为乙方提供养老服务事宜达成一致，签订本合同。

## **第一条 服务内容**

1.甲方按照约定向乙方提供生活照料、康复护理、精神慰藉、文化娱乐等服务。

2.甲方应该根据乙方提供的《体检报告》及对乙方进行护理等级的评价，经与乙方或丙方商定后，确定乙方照护等级，并由甲方为乙方提供相应服务，详见附件5《护理等级与服务项目》。

3.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，经当事人协商一致后另行签署书面补充协议确定。

## **第二条 服务地点及设施**

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.乙方或丙方为乙方选择入住的房间类型为（在以下几种情况中选择一种）：

单间    双人间    三人间    多人间（四人以上，含四人）    其他\_\_\_\_\_。

3.乙方或丙方为乙方选择的具体房间为：\_\_\_\_\_。

4.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应尽量满足。若因房间变化，需要相应调整费用的，应由各方协商一致书面确认后调整，如各方不能达成一致书面确认，则仍依本合同约定房间履行。

5.甲方提供的服务设施除了住宿的房屋，还包括房间内

生活起居必要的基础设施及公共设施。

### 第三条 收费标准及费用支付方式

1.甲方的收费标准和调整应遵守有关养老机构服务收费管理的相关规定。

2.甲方提供的各种服务项目的收费标准和收费依据应在养老机构内公共区域显著位置进行公示，或以\_\_\_\_\_方式进行公示，服务项目及其收费标准应作为本合同附件。

3.根据本合同第一条、第二条乙方选择的房间、照护等级及服务项目，各方共同确认，乙方入住甲方需支付的养老服务总费用为\_\_\_\_\_元/月，其中：

(1) 服务费用：\_\_\_\_\_元/月，其中包括床位费：\_\_\_\_\_元/月，护理费：\_\_\_\_\_元/月；

(2) 膳食费：\_\_\_\_\_元/月；

(3) 其它费用：\_\_\_\_\_。

4.费用按第\_\_\_\_\_种方式支付：

(1) 按季度支付（每季度第\_\_\_\_\_个月的\_\_\_\_\_日前支付当季费用）；

(2) 按月支付（每月\_\_\_\_\_日前支付下一个月费用）；

(3) 其它：\_\_\_\_\_。

5.试住期按以上标准，根据实际入住天数结算费用，不足一天的按一天计算。

6.甲方指定的收款账户信息如下：

户名：

开户银行：

账号：

7.乙方或丙方指定的付款账户信息如下：

户名：

开户银行：

账号：

8.本合同签署生效后\_\_\_\_\_日内,乙方或丙方应向甲方支付保证金,保证金金额为:\_\_\_\_\_元。该保证金可用于抵扣乙方或丙方欠付的养老服务费用、违约金、赔偿金以及出现突发情况救治时需支付给医院的押金及相关费用等。甲方不得将保证金挪作他用,在合同到期或合同提前终止、解除时,扣除应结清的相关费用后应于\_\_\_\_\_日内返还至乙方或丙方账户。

9.乙方接受甲方除本合同约定外的其他服务项目的,应根据甲方公示的收费标准或者补充合同的约定交纳费用。

10.甲方每月向乙方或丙方提供《个人费用明细表》,乙方或丙方应签字确认。乙方或丙方如有异议,可在收到《个人费用明细表》后7日内书面提出,甲方应做出书面说明。

对于双方无争议费用金额应按照本合同约定时间支付,乙方或丙方不得以异议费用为由拒绝支付其他费用,否则按本合同第九条第四款约定处理。

11.乙方、丙方共同承担向甲方支付本合同约定价款的义务。

12.甲方在收到款项后应向付款人开具等额的合法收费发票。

#### **第四条 合同期限及期满的处理**

1.经协商,确定本合同期限为\_\_\_\_\_年,自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日止。其中,试住期为\_\_\_\_\_日,自\_\_\_\_\_]年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日止(原则上不超过15日)。

2.合同期满前30日,乙方可申请续签合同,也可由丙方代为申请续签。

3.续签的养老服务合同内容应当由甲方、乙方和丙方协商确定。

4.如果乙方或丙方未在合同期限届满前30日提出续签

合同，或者乙方或丙方虽在合同期限届满前 30 日提出续签合同申请，但各方未就合同续签达成一致，乙方应于合同到期后\_\_\_\_\_日内搬离甲方，办理离院手续并结清所有费用。

## **第五条 甲方权利及义务**

### **1.甲方权利**

1.1 有权按照本合同约定收取相关费用。

1.2 制订、修改养老机构的管理制度并按照公示的管理制度对乙方进行管理。

1.3 为了乙方的健康和安全，乙方出现紧急情况时，有权在通知乙方或丙方同意的同时（紧急情况除外），采取必要的处置措施，包括但不限于转送医疗机构，由此产生的费用由乙方或丙方承担。

1.4 有权依照本合同约定及法律规定解除合同。

### **2.甲方义务**

2.1 甲方应是依法成立的养老服务机构，应按照国家、消防、食品安全、医疗卫生、特种设备等法律、法规和强制性标准及相关规范要求开展服务活动，确保按约定向乙方提供符合服务质量标准的养老服务；建立安全应急预案，并应定期对应急预案进行演练。

2.2 甲方应当提供符合乙方住宿条件的居住用房，并配备适合乙方安全保护要求的设施、设备及用具，定期对乙方的活动场所和物品进行消毒和清洗；甲方提供的饮食应当符合食品安全要求、适宜乙方食用、有利于乙方营养平衡和身体健康。

2.3 应当根据登记类型、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收费标准，调整收费标准时应遵守国家和深圳市价格管理的有关规定。

2.4 应保证从事医疗、康复、消防等服务人员持有有关部门颁发的相应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，并定期组织工作人员进行职业道德教育和业务培训，能够满足岗位职责要求。

2.5 在提供服务过程中，甲方及其工作人员应尊重乙方，尽力合理地保障乙方的人格尊严和人身、财产安全，并接受乙方、丙方的合理建议和监督。

2.6 应当根据需要提供为乙方提供情绪疏导、心理咨询、危机干预等精神慰藉服务；应当开展适合老年人的文化、教育、体育、娱乐活动，丰富老年人的精神文化生活。甲方开展文化、教育、体育、娱乐活动时，应当为乙方提供必要的安全防护措施。

2.7 定期组织所在地的医疗机构为乙方开展体检并建立个人健康档案。保存乙方的入住登记表、体检报告等健康资料以及日常经费开支情况等个人信息。应当建立各类信息资料档案的保管和归档，除向乙方、丙方和其他有权部门（公安局、检察院、法院、纪委监委、养老服务行业主管机关因办案、监督、检查需要）提供查阅、允许复制外，不得对外透露。

2.8 发现乙方为疑似传染病病人或者精神障碍患者时，应依照传染病防治、精神卫生等相关法律法规的规定处理，及时向附近的疾病预防控制机构或者医疗机构报告，配合实施卫生处理、隔离等预防控制措施，并及时通知丙方。乙方需要外出就医的，甲方应及时告知丙方并由丙方携乙方就诊。

2.9 应当为乙方家庭成员看望或者问候老年人提供便利，为乙方联系家庭成员提供帮助；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。

2.10 在发生公共卫生事件等特殊情况下，甲方应贯彻执行政府部门的防控政策规定，积极落实疫情防控措施，并对乙方或丙方做好解释工作。

2.11 甲方暂停、终止服务的，应当在暂停或终止服务 60

日前，书面通知乙方或丙方，并向社会公告；将入住老年人的安置方案书面告知甲方所在地的区民政部门。在解散清算前，甲方应当依法妥善安置乙方。如乙方或丙方有意与其他养老机构签订服务协议的，甲方应当积极为乙方联系与甲方具有同等资质同等服务的养老服务机构，并促进双方合同成立；如乙方或丙方需解除或终止服务协议的，甲方应当退还乙方或丙方剩余未消费的费用。

2.12 当乙方出现紧急情况时，应及时联系和通知丙方。

2.13 乙方在甲方服务期间去世的，甲方应及时与乙方监护人或丙方取得联系，无法与乙方监护人或丙方取得联系的，应及时联系殡仪馆，妥善保存遗体。

## **第六条 乙方权利及义务**

### **1.乙方的权利**

1.1 享有隐私权，人格尊严和人身、财产安全不受非法侵害的权利。

1.2 有权按照约定的服务项目获得甲方提供的符合服务标准的养老服务，对甲方的服务有批评建议的权利。

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

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。

1.5 在突发急病的情况下乙方有权获得及时、必要的医疗帮助。

### **2.乙方的义务**

2.1 应当按照约定自行或与丙方共同支付养老服务费及相关费用。

2.2 应当按照约定提供相关的体检报告，如实告知甲方本人的健康状况、药品使用情况及过往病史等信息，并如实填写《健康状况自我陈述书》。

2.3 应当配合甲方做好持续评估及确认照护等级；配合甲方定期参加体检。

2.4 应当与其他入住老年人和谐相处。

2.5 在接收甲方提供的养老服务期间，因疾病进行诊疗时，应在治疗期间遵守医嘱，配合治疗。

2.6 应当配合甲方管理，遵守甲方的规章制度，维护养老机构正常服务秩序，爱护甲方提供的各项服务设施，入住期间损坏甲方设施设备的，乙方或丙方应当照价赔偿。

2.7 对于甲方提供的其他符合合同约定、法律规定的养老服务，乙方应予配合甲方的服务工作。

## **第七条 丙方权利及义务**

### **1.丙方的权利**

1.1 对乙方有探视权，但不得影响甲方对于乙方正常服务或管理。

1.2 对乙方的健康状况、享受服务情况、费用支出、入院记录等有知情权，有权查阅、复印甲方为乙方建立的个人档案。

1.3 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；有权对甲方的服务提出批评建议。

1.4 遇紧急情况，包括但不限于乙方走失、身体健康状况出现紧急情况时，有权及时从甲方得到相关信息。

### **2.丙方的义务**

2.1 乙方入住前，丙方要如实向甲方反映乙方的情况，如脾气秉性、家庭成员、既往病史、健康状况和药品使用情况等，协助乙方如实填写《健康状况自我陈述书》。

2.2 劝导乙方入住后要自觉遵守养老机构的规章制度，接受管理，爱护甲方提供的各项服务设施，乙方违反本合同

约定或甲方制定的规章制度，造成甲方损失或第三人人身、财产损害的，乙方需承担赔偿责任，丙方应当承担连带赔偿责任。

2.3 应劝导乙方与其他入住老年人和谐相处，并经常与乙方沟通，保持联络，满足乙方的精神需求。

2.4 应劝导乙方在接收甲方提供的养老服务期间，因疾病进行诊疗时，应在治疗期间遵守医嘱，配合治疗。乙方需外出就医的，丙方应当及时携乙方到医院就诊，并向甲方如实告知乙方的就医情况。

2.5 按时足额向甲方支付约定的养老服务费、保证金及相关费用。

2.6 丙方的家庭及单位地址、联系方式变更时，应及时通知甲方。

2.7 及时协助甲方处理乙方出现的紧急情况。当甲方按照第五条第 1.3 款约定处理时，丙方应及时足额支付由此产生的费用。

2.8 乙方在养老机构去世的，丙方应及时进行善后处理并支付相关费用。

## **第八条 合同的变更和解除**

### **1. 合同的变更**

1.1 根据乙方健康状况的变化以及护理等级的评估结果，乙方、丙方可以要求甲方变更服务方案，甲方亦可以提出变更服务方案，并以书面形式通知乙方及丙方。任何一方要求变更服务方案的，需经甲方、乙方、丙方三方协商一致，签署补充协议。

若甲方提出变更服务方案，乙方或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提供的相应服务的，视为甲、乙、丙三方就合同约定的服务项目的变更达成了一致，乙方或丙方有义务

按照新的服务项目支付相应的服务费用。

如果根据乙方健康状况的变化以及护理等级的评估结果，不调整服务项目将导致乙方的健康安全无法保障的，甲方提出变更的服务方案后，乙方或丙方既不同意，也不接受实际服务，甲方、乙方或丙方均有权解除本合同。

1.2 当与甲方日常管理、服务直接相关的食品、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（单项价格变动幅度超过 10%）时，甲方有权适当调整收费标准，并将价格调整的通知在调价前 30 日以书面形式通知乙方及丙方，并报所在区民政部门备案。

乙方或丙方对价格调整有异议的，可在收到通知后 15 日内以书面形式提出解除合同；乙方或丙方要求继续按照原收费标准履行合同的，甲方有权提出解除合同。

乙方或丙方收到通知后 15 日内不以书面形式提出异议，但拒绝根据调整后的价格支付相关费用的，甲方有权解除合同并按照原收费标准收取已提供服务的费用。

## 2. 合同的解除

2.1 除本合同另有约定外，下列情况下，乙方或丙方可以单方解除本合同，并无需承担违约责任：

（1）甲方提供的服务不符合合同约定，经乙方或丙方提出，\_\_\_\_日内不改正的；

（2）因甲方或甲方工作人员的严重过错造成乙方人身或重大财产损害的；

（3）乙方因疾病或其他个人原因离院的，但乙方或丙方不提出解除本合同而要求保留床位或房间的除外；

（4）乙方首次试住期内不适应居住环境或管理方式的；

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

2.2 除本合同另有约定外，下列情况下，甲方可以单方解除本合同，并无需承担违约责任：

(1) 乙方或丙方无故拖欠各项费用超过\_\_\_\_\_日，经甲方书面催告后\_\_\_\_\_日内仍不交纳的，甲方有权解除合同，并书面通知乙方搬出养老机构。

(2) 乙方严重违反甲方的规章制度，造成甲方难以履行对乙方的养老服务，或造成其他入住老人伤害或有伤害危险的。

(3) 乙方或丙方隐瞒乙方健康状况，或者乙方患有须隔离治疗的传染性疾病或者患有精神疾病等其他不适宜在机构内集中生活的。

(4) 发生不可抗力致甲方不能履行合同的。

(5) 甲方因丧失养老机构执业资格等原因暂停、终止服务的。甲方应当于暂停或者终止服务60日前向实施许可或备案的区级民政部门提交老年人安置方案，经批准后方可解除养老机构服务合同。

(6) 乙方连续请假外出超过\_\_\_\_\_天(不得少于30天)。

## **第九条 违约责任**

1. 因甲方及其工作人员的过错，损害乙方人身或财产权利的，由甲方承担赔偿责任。

2. 甲方服务人员资质不合格、没有按约定提供服务或者提供的服务不合格，甲方应承担违约责任为：\_\_\_\_\_。造成乙方人身或财产损失的，甲方应当承担赔偿责任。

3. 甲方或其工作人员侵犯乙方、丙方对甲方提供的养老服务的知情权的，乙方和丙方有权要求甲方改正，造成损失的甲方应承担赔偿责任。

4. 乙方或丙方逾期支付入住费用或保证金的，每逾期一日应按逾期未付金额的万分之\_\_\_\_\_向甲方支付违约金。

5. 乙方或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护理失当的，由乙方或丙方承担相应的后果。

6. 乙方需外出就医的，丙方拒绝及时携乙方到医院就

诊而造成的后果，由丙方承担。

7. 因乙方原因造成其自身损害的，由乙方、丙方自行承担全部后果和责任。

8. 因乙方原因造成甲方或第三人人身或财产损失的，乙方、丙方应承担赔偿责任。

## **第十条 通知与送达**

1. 在本合同首页中所标明的甲方、乙方和丙方的地址和联系方式为各方各自有效的通讯地址和联系方式。一方变更通讯地址和联络方式应及时通知其他各方。

2. 以下情形，视为送达，但受送达人有证据证明其因客观原因未实际接收到通知的除外：

以特快专递形式发送的，已经签收的，以签收日为送达日；未签收的，同城自发送之日起2日视为文件已经送达，异地5日视为送达，境外15日视为送达；以手机短信发送的，发送成功即视为送达；电子邮件自发出后进入收件方邮箱服务器视为送达；传真发送自对方传真机接收视为送达。

因受送达人通讯地址或其他相关信息错误、不详或发生变更未及时通知其他各方造成无法送达的，由受送达人自行承担相关后果。

3. 乙方入住甲方期间，有关本合同的履行事宜甲方应以书面或数据电文形式通知乙方或丙方，由乙方或丙方确认签收；乙方或丙方拒签的，书面通知在第三方见证下送至收件人地址的视为已通知或已送达，数据电文进入收件人接收系统的视为已通知或已送达。

## **第十一条 其他约定**

1. 外出约定：\_\_\_\_\_。

2. 委托发放外配药品约定：\_\_\_\_\_。

3. 紧急联系人约定：\_\_\_\_\_。

4. 其它约定：\_\_\_\_\_。

## 第十二条 争议解决方式

本合同在履行过程中发生争议，当事人可以协商解决。协商不成的，当事人可以选择下列第\_\_\_\_种方式解决：

- 1. 向深圳国际仲裁院申请仲裁。
- 2. 向有管辖权的人民法院提起诉讼。

## 第十三条 附则

1. 本合同一式六份，甲方、乙方、丙方各执两份，自各方签字或盖章之日起生效。本合同未尽事宜，可以另行协商签订补充协议。本合同补充协议与本合同具有同等法律效力。

2. 下列文件为本合同附件：

- (1) 甲乙丙三方有效证件
- (2) 入住登记表
- (3) 二级甲等以上医院出具的《体检报告》(体检时间应在 30 日以内)

- (4) 机构服务项目及收费标准表
- (5) 经签署的护理等级和服务项目
- (6) 房间、设备物品表
- (7) 经乙方、丙方签署的《机构入住须知》

3. 经甲方与乙方、丙方协商一致，还包括以下附件

- (1)
- (2)
- (3)

4. 本合同附件是本合同的组成部分，与合同正文具有同等法律效力。

(本文以下无正文，为合同签署页)

甲方（盖章）：  
法定代表人（签字）：  
日期：

乙方（签字）：  
日期：

丙方（签字/盖章）：  
日期：

附件 1

甲方合法注册登记文件复印件（加盖公章）

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）

## 附件 2

## 入住登记表

(参考样表)

入住编号:

填写日期: 年 月 日

老年人		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			
担保人/ 监护人/ 紧急联系 人	姓名/名称		关系		手机号码	
	证件类型		证件号码			
	通信地址				电子邮箱	
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				
	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: <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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>药品名称</th> <th>剂量</th> <th>频次</th> <th>时间</th> <th>用法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	药品名称	剂量	频次	时间	用法															
	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:																					
<b>本人声明上述各项内容均属实。如有变化, 及时通知贵院。</b>																					
入住人 (签名): _____	监护人/担保人/紧急联系人 (签名或盖章): _____																				
注: 1. 本表应当如实填写。 2. 在选中的“ <input type="checkbox"/> ”打“ <input checked="" type="checkbox"/> ”表示确认, 不选的在“ <input type="checkbox"/> ”打“ <input checked="" type="checkbox"/> ”																					

## 体检报告项目说明

根据合同要求，乙方、代理人应当向甲方提供乙方在本合同签署前 15 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》作为本合同附件 3 留存。《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) 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、 $\gamma$ -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 4

## 服务项目及收费标准

## 附件 5

## 护理等级与服务项目

(参考样表)

姓名		性别		出生年月			
入住房间		床号		照护等级		评估日期	
级别	分级标准	护理内容				等级选择	
自理	身体健康, 精神状态良好, 思维正常, 行动自如, 日常生活自理。	1、引导老人熟悉居所设施及周围生活环境; 2、督促漱口刷牙及洗脸、洗手、洗脚、洗浴; 3、提醒如厕; 4、帮助整理床位、物品、洗涤; 5、督促老人保暖、进食、适当运动及休息 6、组织老人参加适当文体文娱等活动;				<input type="checkbox"/>	
半护理	身体状态尚差, 衣食起居有困难, 视觉障碍, 体弱多病, 需要部分督促提醒才能完成日常生活自理。	1、引导老人熟悉居所设施及周围生活环境; 2、协助漱口刷牙及洗脸、洗手、洗脚、洗浴; 3、协助如厕、使用便器、更换尿布、清洁皮肤; 4、帮助整理床位、物品、洗涤; 5、协助老人站立、行走、上下楼; 6、发放药品; 7、督促老人保暖、进食、适当运动及休息 8、组织老人参加适当文体文娱等活动;				<input type="checkbox"/>	
全护理	身体状况较差, 行动不便, 坐轮椅, 功能障碍、心理行为缺陷较多。	1、引导老人熟悉居所设施及周围生活环境; 2、帮助漱口刷牙及洗脸、洗手、洗脚、洗浴; 3、协助如厕、使用便器、更换尿布、清洁皮肤; 4、帮助整理床位、物品、洗涤; 5、协助老人站立、行走、上下楼; 6、协助翻身、换药; 7、发放药品、喂药; 5、协助老人保暖、进食、适当运动及休息 6、组织老人参加适当文体文娱等活动;				<input type="checkbox"/>	
特别护理	身体状况差、长期卧床、坐轮椅, 不能自行翻身、进食或精神心理严重缺陷较多。	1、帮助漱口刷牙及洗脸、洗手、洗脚、洗浴; 2、协助如厕、使用便器、更换尿布、清洁皮肤; 3、帮助整理床位、物品、洗涤; 4、定时翻身、换药; 5、发放药品、喂药; 6、协助老人保暖、进食;				<input type="checkbox"/>	

<p>专人护理</p>	<p>因各种原因需要 24 小时专人照 料。</p>	<p>1、帮助漱口刷牙及洗脸、洗手、洗脚、洗浴； 2、协助如厕、使用便器、更换尿布、清洁皮肤； 3、帮助整理床位、物品、洗涤； 4、定时翻身、换药； 5、发放药品、喂药； 6、协助老人保暖、进食； 7、24 小时一对一专人护理；</p>	<p style="text-align: center;">□</p>
<p>甲方代表签字 乙/丙方签字</p> <p>甲方盖章</p> <p style="text-align: center;">        年月日  年月日</p>			
<p>注：1. 根据入住老年人的照护等级确定相应服务内容。 2. 如入住期间因病情变化，需增加服务内容，甲方应当重新评估护理等级并通知丙方。</p>			

## 附件 6

## 设备设施清单

(参考样表)

入住老年人姓名:		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				
	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		
	.....					

入住老年人或者代理人(签名或盖章): \_\_\_\_\_

日期: 年 月 日

# 养老机构入住须知

(参考模板)

尊敬的:

您好! 欢迎您入住我院。为了维持养老机构优雅、舒适、安全的生活环境, 营造健康、和谐、幸福的生活氛围, 共同创建良好秩序, 我院特制定本入住须知, 请严格遵守。

## 第一章 总则

第一条 本入住须知适用于您、您的监护人、担保人、紧急联系人、您的近亲属和前来探视您的人员(以下简称“相关人员”)。

第二条 根据《中华人民共和国老年人权益保障法》、《养老机构管理办法》、《深圳经济特区养老服务条例》、《养老机构服务安全基本规范》(GB38600—2019) 等相关政策文件规定, 为了充分保障您的合法权利, 您及相关人员均应当遵守我院养老管理服务的规章制度。

## 第二章 院区文明

第三条 您及相关人员应当爱护我院公共设施, 不能擅自对居室进行装修、分割改造, 也不能在居室外安装、搭建任何设施设备。

若您发现设施设备毁损应及时告知我院, 切勿私自维修。

第四条 请遵守社会公德, 保持公共环境清洁卫生、整洁、美观, 请勿携带宠物入院。

第五条 举止文明，维护养老机构秩序。

### 第三章 安全防范

第六条 请您注意消防安全，请勿在公共区域和消防逃生通道放置杂物，不要挪动遮挡公用区域的安全设施设备。

严禁使用明火，严禁使用大功率电器，如电饭锅、电磁炉等；

严禁在房间和院内禁烟区吸烟，严禁燃放烟花爆竹。

第七条 遵守我院出入管理制度，未经同意不要带他人入院，不能留宿他人。

第八条 切勿携带危险、有毒、易燃、易爆、易腐烂及具有强烈异味的物品进入我院。

第九条 请勿擅自使用刀具等利器、物品。如需使用的，由我院根据您的身心状况决定是否同意。如果我院同意您使用，请一定要注意安全。

第十条 请妥善保管您的财物，不要在房间存放过多现金，不要把贵重物品带入我院。

如您出现身体异常、情绪行为以及家庭或社会关系的异常情况，各方应及时沟通，共同寻求解决办法。

第十一条 请主动配合我院开展的安全教育、巡视、检查、演练等活动，如发现存在安全问题，请及时告知我院，以便及时消除安全隐患。

### 第四章 健康生活

第十二条 无精神病、甲类或乙类传染性等疾病等不符合入住养老机构的疾病。

第十三条 请听从工作人员的指导和建议，配合服务，

按照院内作息时间安排生活，做到营养均衡，适度运动，增强体质，健康生活。

第十四条 根据工作人员的建议和您的身体状况选择参加我院组织的活动，保持乐观平和的心态，不攀比，不争强好胜，凡事量力而行，杜绝意外发生。

### **第五章 和谐相处**

第十五条 请自觉维护院区团结。如您与其他入住老年人之间发生争议，请互谅互让，协商解决。如您发现其他入住老年人违规，请及时告知我院。

### **第六章 责任承担**

第十六条 如您和相关人员在我院因故意或过失造成自身人身、财产损害的，应当自行承担责任；如您和相关人员造成我院或第三方损害的，应当依法承担赔偿责任。

### **第七章 附则**

第十七条 本入住须知由我院制定并负责解释。

甲方 (机构): \_\_\_\_\_ 日期: 年 月 日

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：

乙方 (签名): \_\_\_\_\_ 日期: 年 月 日

担保人/监护人/紧急联系人 (签名或盖章): \_\_\_\_\_

日期: 年 月 日