CENTRO SANITARIO VALPOSCHIAVO
SPITEX

Accordo quadro di prestazione

tra il

Centro sanitario Valposchiavo Spitex
(in seguito denominato CSVP Spitex)

e

Nome e cognome dell'utente*:

Domicilio fiscale:

Indirizzo:

Inizio dell'intervento:

CAP, luogo:

Obiettivo dell'aiuto e specifiche dell'intervento:

Tipo di servizio:
☐ Ci a) Rilevamento del fabbisogno / valutazioni, consigli e coordinamento
☐ Ci b) Esami e cure tecniche
☐ Ci c) Cure di base
☐ Partecipazione dell'utente per 1 ora o più di cura
☐ ED / VAA rilevamento fabbisogno economia domestica / assistenza
☐ ED prestazioni di economia domestica
☐ VAA visite, accompagnamento, assistenza
☐ SPD servizio pasti a domicilio
☐ SPD accertamento per servizio pasti
☐

Il CSVP Spitex e l'utente concordano che il CSVP Spitex fornisca prestazioni secondo la pianificazione delle prestazioni sulla base della valutazione dei bisogni. Nella pianificazione delle prestazioni queste ultime sono riportate in maniera dettagliata per tipologia e durata. Le variazioni nella pianificazione delle prestazioni devono essere di volta in volta concordate tra il CSVP Spitex e l'utente. Brevi cambiamenti, dovuti a emergenze, sono integrati nel presente accordo.

La cura e l'assistenza dell'utente è assegnata a un team specializzato del CSVP Spitex. L'utente non ha diritto alla cura e all'assistenza da parte di collaboratrici o collaboratori specifici. Soltanto il CSVP Spitex ha il diritto d'impartire istruzioni al proprio personale. L'utente presenterà tutte le richieste relative al presente accordo direttamente al CSVP Spitex.

L'utente è al corrente dei suoi obblighi di collaborazione conformemente all'art. 51 della legge cantonale sulla tutela della salute (500.000), secondo il quale, nei limiti delle sue possibilità, deve collaborare con i professionisti della salute. Egli è inoltre tenuto a fornire le informazioni necessarie per la diagnosi e il trattamento e deve attenersi alle loro disposizioni. L'utente è tenuto ad avere riguardo nei confronti dei professionisti della salute e a rispettare le disposizioni interne dell'ente.

L'assicurazione malattie obbligatoria assume prestazioni definite dal CSVP Spitex calcolate e riconosciute dal Cantone dei Grigioni. Se si delinea una necessità maggiore non sempre l'assicurazione si fa carico di tutte le prestazioni. Al riguardo l'utente dichiara espressamente di prendersi a carico tutte le prestazioni desiderate, contemplate nella valutazione del fabbisogno, i cui costi non vengono coperti dalla cassa malati. Le tariffe si basano sul tariffario aggiornato.
L'utente è a conoscenza delle Condizioni commerciali generali (CCG) del CSVP Spitex, con le quali si dichiara d'accordo. Le CCG costituiscono parte integrante del presente accordo.
Le informazioni in merito alla **protezione dati** sono sempre consultabili attraverso la homepage del CSVP (www.csvp.ch)

Esonero dall'obbligo del segreto professionale

Con la presente l'utente esonera espressamente i propri medici curanti dall'obbligo del segreto professionale nei confronti del CSVP Spitex in relazione alle informazioni inerenti alla cura e all'assistenza.

Procura

Con la presente l'utente o il suo rappresentante autorizza l'infermiere, la capo intervento e la direzione Spitex a uno scambio di informazioni mediche e di dati personali con la cassa malati, il medico di famiglia, il medico di turno, il medico specialista, il personale ospedaliero e Movimento Valposchiavo (se utente della struttura), tutelando il suo interesse.

In caso d'urgenza l'utente permette che venga comunicato al medico il codice per aprire il keysafe o messa a disposizione la chiave depositata in sede CSVP Spitex.

☐ sì ☐ no

Questa autorizzazione resta valida anche nel caso in cui l'utente sottoscritto perde la capacità di intendere e volere.

Le persone seguenti possono essere interpellate nei momenti decisionali ed essere informate sulle condizioni di salute dell'utente:

1. Persona di riferimento

☐ Amministrazione
☐ Salute

Nome e cognome:

Indirizzo:

Telefono:

CAP/Luogo:

Cellulare:

2. Persona di riferimento

☐ Amministrazione
☐ Salute

Nome e cognome:

Indirizzo:

Telefono:

CAP/Luogo:

Cellulare:

Osservazioni:

Il presente accordo viene steso in duplice versione originale, un esemplare ciascuno per l'utente e il CSVP Spitex.

Utente o persona incaricata di rappresentarlo**

Luogo e data

Nome e cognome

Firma

Collaboratrice CSVP Spitex*

Luogo e data

Nome e cognome

Firma

(*) Denominazioni di persone valgono per entrambi i sessi
(**) In presenza di più persone vige la solidarietà