

Logotip izvajalca
dolgotrajne oskrbe



OSEBNI NAČRT DOLGOTRAJNE OSKRBE

Št.: _____

Ime in priimek uporabnika/ce:

Izvajalec dolgotrajne oskrbe:

Načrt zapisal/a koordinator/ica dolgotrajne oskrbe:

Kontakt koordinatorja/ice dolgotrajne oskrbe:

POGODBENI DEL OSEBNEGA NAČRTA

1. člen Osnovni podatki

Uporabnik/ca:

Ime in priimek	
EMŠO	
Naslov stalnega prebivališča	
Naslov začasnega prebivališča	
Naslov, kjer oseba dejansko prebiva	
Številka transakcijskega računa*	
Naziv banke*	
Šifra države*	
BIC koda*	
Telefonska številka	
E-kontakt	

* Izpolni samo v primeru, ko oseba sklepa osebni načrt za denarni prejemek ali za nadomestno oskrbo v obliki denarnega prejema.

oziroma

Skrbnništvo in druge vrste zastopanja:

Tip skrbništva oziroma druge vrste zastopanja (skrbništvo nad odraslimi, skrbništvo za posebni primer, pooblastilo, zakonito zastopstvo)	
Ime in priimek skrbnika oz. skrbnice oz. naziv pravne osebe ali ime in priimek pooblaščenca oz. pooblaščenke, zakonitega zastopnika oz. zakonite zastopnice	
EMŠO ali matična številka	
Naslov stalnega prebivališča*	
Naslov začasnega prebivališča*	
Sedež pravne osebe	
Telefonska številka	
E-kontakt	

* Naslov fizične osebe

in

Izvajalec dolgotrajne oskrbe

Naziv	
Naslov	
Organizacijska enota	
Matična številka	
Davčna številka	

ZZZS številka	
RIDO številka (izvajalca in lokacije)	
Odgovorna oseba	
Telefonska številka	
E-kontakt	

(v nadaljnjem besedilu: Izvajalec DO)

Izvajalec dolgotrajne oskrbe (samo v primeru kombinacije pravic dolgotrajne oskrbe na domu in dnevne dolgotrajne oskrbe)

Naziv	
Naslov	
Organizacijska enota	
Matična številka	
Davčna številka	
ZZZS številka	
RIDO številka (izvajalca in lokacije)	
Odgovorna oseba	
Telefonska številka	
E-kontakt	

(v nadaljnjem besedilu: Izvajalec DO)

sklenejo pogodbo o osebnem načrtu za_____.

2. člen

Uvodne ugotovitve

(1) Uporabnik/ca oz. pooblaščenec/ka, skrbnik/ca ali zakoniti/a zastopnik/ca in izvajalec DO uvodoma ugotavljajo, da:

- je bil/a uporabnik/ca z odločbo centra za socialno delo_____ (vstopne točke za dolgotrajno oskrbo), št. _____, z dne _____, razvrščen/a v _____ kategorijo dolgotrajne oskrbe in mu/ji je bila priznana pravica do dolgotrajne oskrbe v skladu z odločbo,
- da uporabnik/ca ne prejema primerljivih pravic, kot jih določa Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1, Uradni list RS, št. 84/23, 112/24 in 44/25, v nadaljnjem besedilu: zakon), kar je dokazano z dokazilom (*npr. z odločbo o ukinitvi dodatka za pomoč in postrežbo*) _____.

3. člen

Izbrana oblika pravice

(1) Uporabnik/ca je izbral/a pravico do dolgotrajne oskrbe, ki jo koristi v obliki _____. Pravica se začne izvajati z dnem _____.

4. člen

Možnost koriščenja e-oskrbe

(1) Uporabnik/ca je upravičen/a do sofinanciranja storitev e-oskrbe na podlagi izvršljive odločbe o upravičenosti do pravic dolgotrajne oskrbe in tega osebnega načrta, razen če iz osebnega načrta izhaja, da je izbral/a pravico do celodnevne dolgotrajne oskrbe v instituciji. Pogodbo o zagotavljanju storitev e-oskrbe uporabnik/ca sklene s ponudnikom storitev e-oskrbe, skladno z določili zakona.

5. člen

Nadomestna oskrba za uporabnike pravice do ODČ

(1) Uporabnik/ca oziroma pooblaščenec/ka, skrbnik/ca ali zakoniti/a zastopnik/ca in izvajalec DO ugotavljajo, da ima uporabnik/ca pravico do oskrbovalca družinskega člana (v nadaljnjem besedilu: ODČ). Oskrbo uporabniku/ci zagotavlja en ali dva ODČ, in sicer:

Ime in priimek: _____, EMŠO: _____.

Ime in priimek _____, EMŠO: _____.

(2) Uporabnik/ca ima, kot to določa zakon, pravico do 21 dni nadomestne oskrbe na leto, v prvem letu uveljavljanja pravice mu/ji pripada sorazmerni del nadomestne oskrbe v obsegu _____ dni.

(3) Uporabnik/ca bo koristil/a pravico do nadomestne oskrbe, zato sklepa osebni načrt za določen čas trajanja nadomestne oskrbe od _____ do _____, skupaj _____ dni. Ostane mu/ji še _____ dni nadomestne oskrbe.

6. člen

Izvajanje storitev

(1) Izvajalec DO in uporabnik/ca ugotavljata, da je koordinator/ica dolgotrajne oskrbe (v nadaljevanju: koordinator/ica DO) uporabnika/co seznanil/a z možnostmi, oblikami in storitvami dolgotrajne oskrbe ter s pravicami in obveznostmi, ki jih za uporabnike/ce določa zakon.

Izvajanje storitev se prilagodi potrebam uporabnika/ce. Izvajalec DO storitve uporabniku/ci zagotavlja v skladu z izvedbenim delom osebnega načrta, ki je priloga 1 k osebemu načrtu.

(2) V skladu z zakonom koordinator/ica DO izvaja redne obiske uporabnika/ce najmanj v naslednjem obsegu: ___ obisk/ov letno (tj. enkrat na _____), odvisno od kategorije oskrbe.

V obravnavo uporabnika/ce so vključene naslednje strokovne službe izvajalca DO:

Strokovna služba	Kontaktne podatke

(3) Storitve dolgotrajne oskrbe iz prejšnjega člena se začnejo izvajati (koriščenje pravic) z dnem _____ in se bodo izvajale v prostorih izvajalca DO ali na naslovu, kjer uporabnik/ca dejansko prebiva.

(4) Dokumentacija v zvezi z izvajanjem storitev na podlagi tega osebnega načrta se hrani pri izvajalcu DO, uporabniku/ci pa je na voljo za vpogled na njegovo/njeno zahtevo.

7. člen

Obseg storitev v urah

(1) Uporabnik/ca ima v okviru pripadajoče kategorije dolgotrajne oskrbe, kot to določa zakon, pravico do storitev največ v višini:

- _____ ur mesečno za storitve: pomoč pri osnovnih dnevnih opravilih, zdravstvena nega, vezana na osnovna dnevna opravila, pomoč pri podpornih dnevnih opravilih;

- _____ ur letno za storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti.
- (2) Uporabnik/ca oziroma pooblaščenec/ka, skrbnik/ca ali zakoniti/a zastopnik/ca in izvajalec DO se dogovorijo, da bo uporabnik/ca bo v okviru pripadajoče kategorije dolgotrajne oskrbe koristil/a storitve v višini:
- _____ ur mesečno za storitve: pomoč pri osnovnih dnevnih opravilih, zdravstvena nega, vezana na osnovna dnevna opravila, pomoč pri podpornih dnevnih opravilih;
 - _____ ur v prvem mesecu (sorazmerni del) za storitve: pomoč pri osnovnih dnevnih opravilih, zdravstvena nega, vezana na osnovna dnevna opravila, pomoč pri podpornih dnevnih opravilih;
 - _____ ur letno za storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti;
 - _____ ur v prvem letu za storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti.
- (3) Ob zamenjavi izvajalca DO ta uporabniku/ci izda dokument, ki izkazuje obseg neizkoriščenih ur storitev dolgotrajne oskrbe v mesecu zamenjave oziroma neizkoriščenih ur storitev za krepitev in ohranjanje samostojnosti v letu.

8. člen

Sprememba nabora ali pogostosti opravljanja storitev

(1) Uporabnik/ca in izvajalec DO lahko v okviru iste kategorije dolgotrajne oskrbe spremenita nabor ali pogostost opravljanja storitev dolgotrajne oskrbe in spremembo uredita z aneksom k osebemu načrtu.

9. člen

Obveznost sporočanja sprememb

Uporabnik/ca, skrbnik/ca, skrbnik/ca za posebni primer ali pooblaščenec/ka mora koordinatorju/ici DO v osmih dneh od dneva, ko je sprememba nastala oziroma ko je zanj izvedel/a, sporočiti naslednje spremembe:

- dan sprejema in dan odpusta iz bolnišnice oziroma obravnave v drugi obliki namestitve, ki se financira iz zdravstvenega zavarovanja, če gre za uporabnika/co pravice do denarnega prejemka, pravice do dolgotrajne oskrbe na domu, pravice do celodnevne dolgotrajne oskrbe v instituciji, pravice do dnevne dolgotrajne oskrbe pri izvajalcu DO ali kombinacij pravic iz tretjega odstavka 10. člena zakona;
 - spremembo naslova prebivališča uporabnika/ce;
 - spremembo transakcijskega računa uporabnika/ce;
 - sklenitev novega osebnega načrta ob spremembi oblike dolgotrajne oskrbe ali spremembi izvajalca DO;
- izdaja drugačne odločbe o pravici do dolgotrajne oskrbe.

10. člen

Končne določbe

(1) Osebni načrt se sklene v dveh izvodih, en izvod prejme uporabnik/ca, pooblaščenec/ka, skrbnik/ca, zakoniti/a zastopnik/ca in en izvod izvajalec DO.

(2) Sklenjen osebni načrt začne veljati z dnem podpisa uporabnika/ce, pooblaščenca/ke, skrbnika/ce, zakonite/ga zastopnika/ce in odgovorne osebe pri izvajalcu DO.

(3) O sklenitvi osebnega načrta oziroma aneksa k osebnemu načrtu mora koordinator/ica DO obvestiti Zavod za zdravstveno zavarovanje in vstopno točko.

Kraj in datum sklenitve osebnega načrta:

Ime in priimek odgovorne osebe izvajalca DO:

Ime in priimek uporabnika/ce oz. zastopnika/ce:

Podpis odgovorne osebe izvajalca DO:

Podpis uporabnika/ce oz. zastopnika/ce:

Ime in priimek odgovorne osebe izvajalca DO:

Podpis odgovorne osebe izvajalca DO:

Priloga 1

VSEBINSKI DEL OSEBNEGA NAČRTA

Opis življenjske situacije, potreb in ciljev

PREDSTAVITEV OSEBE

[Napišemo kratek uvodni odstavek o tem, kako bi se oseba predstavila in kaj ji je v življenju pomembno, z njenimi besedami. Kaj jo žalosti ali ji povzroča skrb? Kaj osebo veseli, osrečuje ali motivira v življenju?]

ANALIZA SITUACIJE

[Zapišemo življenjsko situacijo in vsakdanje življenje osebe. Zapišemo njene potrebe, spretnosti in zmožnosti. Analiza situacija temelji na podatkih, ki so že zbrani v načrtu priporočenih storitev in sledijo zaporedju modulov lestvice za oceno upravičenosti do DO in oceni potreb. Z upravičencem/ko lahko pripravimo načrt na podlagi novega pogovora oziroma izvedemo revizijo načrta priporočenih storitev. Revizijo naredimo tako, da NPS skupaj pregledamo, preverimo morebitne spremembe v času od njegove priprave in po potrebi dopolnimo in preoblikujemo podatke. Namen revizije načrta priporočenih storitev NI, da opravimo ponoven pogovor o celotni situaciji osebe, temveč smo pozorni na potrebe navedene v načrtu priporočenih storitev, širše potrebe in morebitne spremembe v času od njegove priprave. V kolikor je prišlo do sprememb, jih zapišemo na način, da tudi te izražajo (spremenjene) potrebe osebe.]

[Pri pripravi ON in bolj celostni oceni potreb vam lahko pomaga indeks potreb DO.

Pri tem so v oporo in opomnik sledeče potrebe dolgotrajne oskrbe:

- stanovanje (Kje oseba živi in kje bi rada živela? Kakšno je stanovanje, hiša, soba? Ali je okolje prilagojeno njenim potrebam? Kako je poskrbljeno za dostopnost za izvajanje oskrbe? Ali je stanovanje dovolj ogrevano?)
- denar in drugi viri (Katere prihodke ima? Ali ima še druge vire? Kako upravlja z viri?)
- delo, prosti čas in spretnosti (Kaj oseba dela? Kaj jo zanima? Kaj ji daje zadovoljstvo? kateri hobiji, interesi ali dejavnosti jo veselijo? Na katera znanja, veščine ali spretnosti je ponosna? Katere bi si želela pridobiti?)
- stiki in družabnost (Kdo so njeni bližnji, s kom se oseba rada družijo? S kom oseba živi? Komu zaupa? Kdo so ključne osebe v njenem življenju – npr. družina, prijatelji, sosedje? S kom želi imeti več stikov? Ima težave s komunikacijo, potrebuje prilagojeno komunikacijo?)
- vsakdanje življenje, rutine in skrb zase (Kako poteka običajen dan osebe? Kaj je za osebo dober dan in kaj slab dan? Katere navade in posebnosti ima? Katera opravila opravlja vsak dan? Kako običajno rešuje probleme ali se spopada z izzivi?)

- zdravje in zdravstvene posebnosti, ki vplivajo na izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe (Kakšno je zdravje osebe? Kako skrbi za svoje zdravje? Kakšno je bilo njegovo psihofizično stanje – pred boleznijo, poškodbo, oslabelostjo? Kako se premika po prostoru? Katere predmete in pripomočke uporablja za življenje (ortopedski in drugi pripomočki)?
- podpora (Kakšno pomoč in podporo že prejema? Ali potrebuje podporo pri higieni, negi ali drugih dnevnih opravilih? Katere oblike podpore bi si še želela?)
- vpliv, varnost in moč (Ali oseba sama sprejema odločitve o svojem življenju? Lahko izrazi svojo voljo? Kaj jo žalosti ali ji povzroča skrb? Kaj osebo veseli, osrečuje ali motivira v življenju?)

ŽELJE, POTREBE IN CILJI

[Iz perspektive osebe zapišemo odstavek o njenih želja, potrebah in ciljih. Kaj si oseba želi in kaj pričakuje za prihodnost? Kakšno podporo in oskrbo potrebuje in si želi? Na koncu zapišemo seznam ciljev, ki je izhodišče za pripravo izvedbenega dela osebnega načrta.]

Izvajalec DO

Naziv izvajalca DO (če gre za kombinacijo DO na domu in dnevne DO)	Cilji, ki izhajajo iz potreb uporabnika/ce	Sklop storitev A,B,C,D Po Pravilniku o storitvah, kadrovskih pogojih, usposabljanju in superviziji v dolgotrajni oskrbi - Katalog storitev DO	Šifra storitve Po Pravilniku o storitvah, kadrovskih pogojih, usposabljanju in superviziji v dolgotrajni oskrbi - Katalog storitev DO	Opis in aktivnosti storitve	Časovni obseg - količina XY ur skupno za kategorijo ali XY ur na teden ali XY ur na mesec	Okvirni časovni termin izvajanja storitve Kateri dnevi. Od-do. Do »datum« (če je enkratni cilj).	Morebitne posebnosti v izvajanju storitve in druge opombe

Drugi izvajalci

[V tabeli so opredeljeni cilji in izvajalci za storitve, ki presegajo storitve dolgotrajne oskrbe ter se ne financirajo iz finančnih virov dolgotrajne oskrbe.]

Cilji, ki izhajajo iz potreb uporabnika/ce	Storitve (opis in aktivnosti)	Izvajalec	Časovni obseg - količina	Okvirni časovni termin izvajanja storitve	Morebitne posebnosti v izvajanju storitve in druge opombe
			XY ur skupno ali XY ur na teden ali XY ur na mesec	Kateri dnevi. Od-do. Do »datum« (če je enkraten cilj).	

ANEKS K OSEBNEMU NAČRTU DOLGOTRAJNE OSKRBE

Št.: _____

Ime in priimek uporabnika/ce:

Izvajalec dolgotrajne oskrbe:

Načrt zapisal/a koordinator/ica dolgotrajne oskrbe:

Kontakt koordinatorja/ice dolgotrajne oskrbe:

1. člen
Uvodne ugotovitve

(1) Uporabnik/ca oz. pooblaščenec/ka, skrbnik/ca ali zakoniti/a zastopnik/ca in izvajalec DO uvodoma ugotavljajo, da:

- da sta uporabnik/ca oz. pooblaščenec/ka, skrbnik/ca ali zakoniti/a zastopnik/ca in izvajalec DO dne _____ sklenila osebni načrt št. _____,
- da se je v okviru iste kategorije dolgotrajne oskrbe spremenil nabor ali pogostost opravljanja storitev dolgotrajne oskrbe in da to spremembo lahko uredita z aneksom k osebному načrtu,
- nov nabor storitev ali pogostost izvajanja storitev izhaja kot določeno v Prilogi 1.

2. člen
Izvajanje storitev

(1) Storitve dolgotrajne oskrbe iz prejšnjega člena se začnejo izvajati (koriščenje pravic) z dnem _____.

3. člen
Obseg storitev v urah

Iz dokumenta, ki izkazuje obseg neizkoriščenih ur storitev dolgotrajne oskrbe v mesecu zamenjave oziroma neizkoriščenih ur storitev za krepitev in ohranjanje samostojnosti v letu izhaja, da je uporabnik/ca upravičen/a do:

- _____ ur v prvem mesecu (sorazmerni del) za storitve: pomoč pri osnovnih dnevnih opravilih, zdravstvena nega, vezana na osnovna dnevna opravila, pomoč pri podpornih dnevnih opravilih;
- _____ ur v prvem letu za storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti.

4. člen
Ostale določbe

(1) Ostale določbe osebnega načrta se ne spreminjajo in ostajajo v veljavi.

5. člen
Končna določba

(1) Aneks k osebному načrtu se sklne v dveh izvodih, en izvod prejme uporabnik/ca, pooblaščenec/ka, skrbnik/ca oz. zakoniti/a zastopnik/ca in en izvod izvajalec DO.

(2) Sklenjen aneks k osebному načrtu začne veljati z dnem podpisa uporabnika/ce, pooblaščenca/ke, skrbnika/ce oz. zakonite/ga zastopnik/ce in odgovorne osebe pri izvajalcu DO.

(3) O sklenitvi aneksa k osebному načrtu mora koordinator/ica dolgotrajne oskrbe obvestiti Zavod za zdravstveno zavarovanje in vstopno točko.

Kraj in datum sklenitve aneksa k osebному načrtu:

Ime in priimek odgovorne osebe izvajalca DO:

Ime in priimek uporabnik/ca oz. zastopnika/ce:

Podpis odgovorne osebe izvajalca DO:

Podpis uporabnika/ce oz. zastopnika/ce:

Priloga 1

Izvajalec DO

Naziv izvajalca DO (če gre za kombinacijo DO na domu in dnevne DO)	Cilji, ki izhajajo iz potreb uporabnika/ce	Sklop storitev A,B,C,D Po Pravilniku o storitvah, kadrovskih pogojih, usposabljanju in superviziji v dolgotrajni oskrbi - Katalog storitev DO	Šifra storitve Po Pravilniku o storitvah, kadrovskih pogojih, usposabljanju in superviziji v dolgotrajni oskrbi - Katalog storitev DO	Opis in aktivnosti storitve	Časovni obseg - količina XY ur skupno za kategorijo ali XY ur na teden ali XY ur na mesec	Okvirni časovni termin izvajanja storitve Kateri dnevi. Od-do. Do »datum« (če je enkratni cilj).	Morebitne posebnosti v izvajanju storitve in druge opombe