

安健維康物理治療所

居家復能照護同意書

本契約於中華民國 年 月 日經接受人攜回審閱。契約審閱期間至少五日。

本人已詳閱契約全部內容且無異議。

立約定書人 居家復能照護提供者 _____ (以下簡稱甲方)

接受人 _____ (以下簡稱乙方)

甲 方： _____ 治療師 連 絡 電 話： _____

甲方保證人：安健維康物理治療所

代 表 人：黃博靖 院長

地 址：台北市松山區南京東路四段183號2樓

電 話：(02)25782983 統 一 編 號：26318299

乙 方： _____ 身 分 證 字 號： _____

乙方保證人： _____ 身 分 證 字 號： _____ 與個案關係： _____



第一條	服務名稱：居家復能照護 以評估測試、運動治療、平衡訓練、肌力耐力訓練、行走訓練、轉位訓練、上下樓梯訓練、及儀器治療等，並提供輔具評估建議、居家無障礙規劃建議、照顧者基本照護訓練和諮詢。依照個管師審定的服務次數進行居家治療服務。								
第二條	每次訪視時間以40分鐘為原則，內容包含衛教指導、諮詢、紙本記錄填寫等，若因不可歸咎於甲方之因素而影響或中斷服務，乙方不得要求甲方延長訪視時間，乙方亦仍需給付甲方該次部分負擔自付額；乙方部分負擔自付額，由乙方於當次訪視完成後現金給付。 收費標準 <table border="1"><thead><tr><th>身分別</th><th>一般戶</th><th>中低收</th><th>低收</th></tr></thead><tbody><tr><td>自付額(元/次)</td><td>240</td><td>75</td><td>0</td></tr></tbody></table>	身分別	一般戶	中低收	低收	自付額(元/次)	240	75	0
身分別	一般戶	中低收	低收						
自付額(元/次)	240	75	0						
第三條	照顧組合以核定內容為準，給付額度依照失能程度有所差異，乙方如有疑問應與個案管理師聯繫。乙方如遇住院或其他因素須暫停訪視，乙方或乙方家屬應提前知會甲方。								
第四條	乙方接受居家治療訪視的權利： 1. 甲方應明確告知居家治療服務內容、所需費用、時間與結案條件，並確認乙方已經了解。 2. 甲方為專業訓練之居家治療師，將以專業、關懷與敬業的態度為乙方提供服務。 3. 甲方尊重乙方之個人隱私權，其相關個資會受到保護。								
第五條	乙方接受居家治療應負的義務： 1. 乙方須簽訂居家治療服務同意書及居家治療訪視紀錄內之簽名欄位。 2. 乙方須提供正確、完整及相關疾病之資料給居家治療訪視人員。 3. 乙方須負責治療師在案家之人身安全。如遇乙方及家屬有肢體暴力、言語騷擾、性騷擾等行為，致使乙方無法完成核定訪視次數，甲方可提前結束服務。 4. 乙方可以要求終止居家治療服務，但亦須承擔終止服務有可能發生之後果。 5. 乙方電話、地址如有異動，請務必聯絡居家治療師。 乙方若有違約行為或不符合收案條件，甲方得以終止居家治療服務，乙方不得異議。(違約行為係指：不支付服務費用、不履行應盡之義務等。)								

第六條	雙方如涉及訴訟時，同意以臺北地方法院作為第一審管轄法院。
第七條	乙方對以甲方所提供之居家治療服務有任何建議或讚許時，或若有事項未盡說明事宜，可連繫臺北市政府長期照顧管理中心各區服務站(1966)及本所，電話：(02) 27177600。
第八條	甲方經甲方保證人同意得以異動乙方之居家物理治療師。
第九條	本同意書於第一次服務時需完成簽約，如結案後再開服務需重新簽約。
第十條	本同意書一式兩份，甲乙雙方各執一份。

中華民國 年 月 日