附件6

**老年人居家医疗服务协议书**

甲方： （医疗机构）

乙方（服务对象、法定代理人）： 身份证号

服务对象姓名： 身份证号 住址

签约期限： 年 月 日 至 年 月 日

**双方在签订本协议前，均已知晓并理解以下告知内容。**

一、甲方责任

根据《关于加强甘肃省老年人居家医疗服务工作的通知》，由（责任医务人员、医疗护理员） 提供居家医疗服务，具体服务项目和内容根据服务对象的健康状况、经济支付能力等与乙方商定并做好准确记录。

二、乙方责任

1.如实提供各项健康相关资料，与甲方协商好具体服务项目和内容。

2.提供准确有效的通信联络方式。

3.为甲方提供必要的工作便利和安全保障。

4.配合治疗和健康管理，病情变化及时与责任医师或医疗护理员﻿联系，或立即拨打120转院。

5.按规定要求及时支付有关费用。

三、服务项目与内容

四、续约与解约

1.为保证服务的连续性，协议到期前3个工作日，如双方未提出解约则本合约自动延期。

2.任何一方计划退出，需提前一个月提出解除合约。

3.其他

五、其他未尽事宜，双方友好协商解决。

（注：当服务对象不识字、失去行为能力或不具备行为能力时，由法定代理人代签。）

**本协议一式两份，甲、乙方各持一份，均具同等法律效力。**

甲方代表（签名）： 责任医务人员（签名）：

医疗护理员（签名）**：**

（盖章） 日期： 年 月 日

乙方（服务对象、法定代理人）**（**签名）：

日期： 年 月 日