

DAS GANZE LEBEN



**HOSPIZ  
ZENTRALSCHWEIZ**  
PALLIATIVE CARE

# MUSTER

## Betreuungsvertrag

### Stationärer Aufenthalt

(bitte nicht ausfüllen – wird am Eintrittstag ausgehändigt)

Dieses Dokument ist der besseren Lesbarkeit wegen nur in der männlichen Form verfasst.

## Inhalt

|       |  |   |
|-------|--|---|
| 1     | Vertragsparteien.....                              | 2 |
| 2     | Vertragsgegenstand.....                            | 3 |
| 3     | Vertragsdauer .....                                | 3 |
| 3.1   | Eintritt und Dauer des Vertrages.....              | 3 |
| 3.2   | Auflösung.....                                     | 3 |
| 3.2.1 | Durch ordentliche Kündigung.....                   | 3 |
| 3.2.2 | Durch ausserordentliche Kündigung .....            | 3 |
| 3.2.3 | Durch Todesfall.....                               | 3 |
| 4     | Kosten und Taxordnung.....                         | 4 |
| 5     | Rechte und Pflichten .....                         | 4 |
| 5.1   | Der Institution .....                              | 4 |
| 5.2   | Des Patienten .....                                | 4 |
| 5.3   | Ärztliche Versorgung.....                          | 5 |
| 5.4   | Beanstandungen und Beschwerden .....               | 5 |
| 6     | Assistierter Suizid.....                           | 5 |
| 7     | Haftungsausschuss.....                             | 5 |
| 8     | Datenschutz .....                                  | 6 |
| 9     | Mitgeltende Dokumente .....                        | 6 |
| 10    | Anwendbares Recht.....                             | 7 |
| 11    | Anhang zu bewegungseinschränkenden Massnahmen..... | 8 |

# 1 Vertragsparteien

Der vorliegende Betreuungsvertrag wird abgeschlossen zwischen

## **Hospiz Zentralschweiz Betriebs AG**

Gasshofstrasse 19

6015 Luzern

(nachfolgend auch Hospiz genannt)

und

**Vor- und Nachname** .....

Adresse .....

PLZ und Ort .....

(nachfolgend Patient genannt)

## **Vertretung bei Urteilsunfähigkeit zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses**

Für den Fall, dass der Patient urteilsunfähig ist, sind für den Abschluss dieses Vertrages gemäss Art. 382 Abs. 3 ZGB i.V.m. Art. 378 ZGB folgende Personen zur Vertretung berechtigt:

- a) Die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person
- b) Der Beistand mit schriftlicher Zustimmung der Erwachsenenschutzbehörde
- c) Ehegatte oder eingetragener Partner, wenn er mit dem Patienten einen gemeinsamen Haushalt geführt hat und ihm regelmässig und persönlich Beistand leistet
- d) Person, die mit dem Patienten einen gemeinsamen Haushalt geführt hat und ihm regelmässig und persönlich Beistand leistet
- e) Die Nachkommen, wenn sie dem Patienten regelmässig und persönlich Beistand leisten
- f) Die Eltern, wenn sie dem Patienten regelmässig und persönlichen Beistand leisten
- g) Die Geschwister, wenn sie dem Patienten regelmässig und persönlich Beistand leisten

## **Vertretende Person**

**Vor- und Nachname** .....

Adresse .....

PLZ und Ort .....

(nachfolgend Vertreter genannt)

## 2 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand bildet der stationäre Aufenthalt im Hospiz. Das Hospiz erbringt Pflegeleistungen gemäss KVG, nicht KVG-pflichtige Pflege- und Betreuungsleistungen, Pensionsleistungen und organisiert die medizinischen Nebenleistungen. Bei der Festlegung der von der Institution zu erbringenden Leistungen werden die Wünsche der Patienten so weit wie möglich berücksichtigt und in den Vordergrund gestellt.

## 3 Vertragsdauer

### 3.1 Eintritt und Dauer des Vertrages

Der Eintritt in das Hospiz erfolgt am            2020. Dieser Betreuungsvertrag ist auf unbestimmte Dauer abgeschlossen. Der Patient wohnt im Zimmer Nr.:

#### **Variante Entlastungsaufenthalt (Ferienbett)**

Der Eintritt in das Hospiz erfolgt für einen zeitlich begrenzten Entlastungsaufenthalt ab    2020. Dieser Betreuungsvertrag ist für Tage abgeschlossen. Der Patient wohnt im Zimmer Nr.:

### 3.2 Auflösung

#### 3.2.1 Durch ordentliche Kündigung

Der Betreuungsvertrag endet durch schriftliche Kündigung der Institution oder des Patienten bzw. dessen Vertreter. Die Kündigung des Betreuungsvertrages ist seitens beider Parteien unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 14 Tagen möglich.

Das Hospiz macht von diesem Recht insbesondere Gebrauch, wenn sich die Situation des Patienten derart verändert, dass die in den Aufnahmekriterien definierten Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind. Zur Beurteilung der Sachlage wird eine ärztliche Einschätzung eingeholt.

#### 3.2.2 Durch ausserordentliche Kündigung

Eine ausserordentliche Kündigung kann per sofort oder auf eine kürzere als die ordentliche Kündigungsfrist ausgesprochen werden, wenn wichtige Gründe vorliegen.

Als wichtige Gründe gelten Umstände, die die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses für die eine oder andere Vertragspartei als unzumutbar erscheinen lassen. Ein wichtiger Grund liegt namentlich vor, wenn:

- der Patient den Verpflichtungen aus dem Betreuungsvertrag trotz zweimaliger Ermahnung nicht nachkommt.
- der Patient den Betrieb und das Zusammenleben im Hospiz Zentralschweiz in schwerer Weise stört

#### 3.2.3 Durch Todesfall

Beim Tod des Patienten endet das Vertragsverhältnis, bis der Verstorbene aus dem Haus begleitet wurde.

## **4 Kosten und Taxordnung**

Die Taxen, Tarife, Preise, Zahlungskonditionen und -fristen für die Dienstleistungen vom Hospiz sind in der Taxordnung aufgeführt. Die Institution ist berechtigt, die Taxordnung unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen einseitig zu ändern.

Die Einzelleistungen und Tarife sind in der Taxordnung genau definiert.

Mit der Unterzeichnung des Betreuungsvertrages bestätigt der Patient bzw. dessen Vertreter, dass er über die aktuell gültige Taxordnung informiert wurde und dass er diese erhalten, gelesen und verstanden hat. Gleichzeitig erklärt er sich mit den dort aufgeführten Bestimmungen einverstanden.

## **5 Rechte und Pflichten**

### **5.1 Der Institution**

Das Hospiz achtet darauf, die Privatsphäre des Patienten zu respektieren und zu wahren. Die Selbstbestimmung des Patienten steht über allem.

Zur Sicherstellung einer angemessenen pflegerischen, medizinischen und sozialen Betreuung sind die Mitarbeitenden und Ehrenamtlichen vom Hospiz befugt, das Zimmer des Patienten - auch in seiner Abwesenheit- mit vorherigem Anklopfen zu betreten.

Hospiz Zentralschweiz verpflichtet sich, die Bewegungsfreiheit des urteilsunfähigen Patienten nur einzuschränken, wenn weniger einschneidende Massnahmen nicht ausreichen oder von vorher ein als ungenügend erscheinen. Diese Massnahmen dienen dazu, eine ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität des Patienten oder Dritter abzuwenden oder eine schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens im Hospiz zu beseitigen. Vor der Einschränkung der Bewegungsfreiheit wird dem Patienten sowie dessen Vertreter die Massnahme erklärt und protokolliert. Im Protokoll (Anhang) werden der Name der anordnenden Person, der Zweck, die Art und die Dauer der Massnahme aufgeführt. Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit wird so bald wie möglich wieder aufgehoben und auf jeden Fall regelmässig auf ihre Berechtigung hin überprüft (ZGB Art. 282). Der betroffene Patient oder eine nahestehende Person kann gegen eine Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit jederzeit schriftlich bei der Erwachsenenschutzbehörde ohne Wahrung einer Frist Beschwerde einreichen (ZGB Art. 385). Als bewegungseinschränkende Massnahmen werden im stationären Hospiz primär die Bettgitter und sekundär Klingelmatten eingesetzt. Fixierende Massnahmen werden nicht verwendet.

Hospiz Zentralschweiz schützt die Persönlichkeit des urteilsunfähigen Patienten und fördert so weit wie möglich Kontakte ausserhalb der Institution. Hospiz Zentralschweiz ist verpflichtet, bei fehlender Betreuung die Erwachsenenschutzbehörde zu benachrichtigen.

### **5.2 Des Patienten**

Der Patient kann sein Zimmer mit eigenen Gegenständen einrichten, soweit dadurch die Betreuung und Pflege durch die Mitarbeitenden vom Hospiz Zentralschweiz nicht eingeschränkt werden. Das Mitbringen von grösseren Einrichtungsgegenständen muss vorab mit der Hospizleitung besprochen werden.

Der Patient teilt dem Hospiz mit, ob er einen Vorsorgeauftrag und/ oder eine Patientenverfügung erstellt hat. Wünscht der Patient, dass das Hospiz seinen in diesen Dokumenten festgehaltenen persönlichen Willen umsetzen kann, so übergibt er dem Hospiz eine aktuelle Kopie des Vorsorgeauftrags und/ oder der Patientenverfügung. Die Rechtsgültigkeit des Vorsorgeauftrages ist vom Patienten bzw. dessen Vertreter von der Erwachsenenschutzbehörde zu prüfen und zu belegen.

### 5.3 Ärztliche Versorgung

Die ärztliche Betreuung im Hospiz erfolgt durch den Hospizarzt. Wünscht der Patient, dass er durch seinen bisherigen Hausarzt oder einen anderen Arzt betreut wird, so ist dies möglich, sofern nicht wichtige Gründe wie beispielsweise die grosse Distanz zwischen Arzt und Hospiz oder die fehlende Abdeckung von Notfallsituationen dagegensprechen.

Hospiz Zentralschweiz behält sich vor, eine Zweitmeinung von spezialisierten Fachärzten einzuholen.

### 5.4 Beanstandungen und Beschwerden

Beanstandungen und Beschwerden sind in erster Linie an die Schichtleitung Pflege des Hospizes zu richten. Kommt es zu keiner Einigung, ist die Geschäftsführung zuständig.

Beschwerden können bei Bedarf der Patientenstelle Zentralschweiz unterbreitet werden. Die Patientenstelle ist ein politisch neutraler Verein mit Sitz in Luzern.

Patientenstelle Zentralschweiz  
St. Karliquai 12  
6004 Luzern  
041 410 10 14

<http://zentralschweiz.patientenstelle.ch/>  
[patientenstelle.luzern@bluewin.ch](mailto:patientenstelle.luzern@bluewin.ch)

## 6 Assistierter Suizid

Der Vollzug des assistierten Suizids ist in den Räumlichkeiten und auf dem Gelände des Hospizes nicht erlaubt.

## 7 Haftungsausschuss

Generell haftet das Hospiz nicht für Diebstähle von Wertgegenständen des Patienten, sofern diese nicht bei der Verwaltung zur Verwahrung an einem sicheren Ort übergeben worden sind. Dem Patienten wird empfohlen für wertvolle eigene Einrichtungsgegenstände eine eigene Mobiliar-, Diebstahl- und Haftpflichtversicherung, die auch während dem stationären Aufenthalt gültig ist, abzuschliessen.

Bitte beachten Sie, dass bei Verlassen des Hospizes ohne Begleitung durch unsere Mitarbeiter oder Freiwillige, die Haftung auf den Patienten oder dessen Vertretung vollumfänglich übergeht. Die Institution lehnt jegliche Haftung ab, welche ausserhalb des Hospizgeländes oder nicht im Beisein unserer Mitarbeiter entstehen.

## **8 Datenschutz**

Mit der Unterschrift gibt der Patient bzw. dessen Vertreter das Einverständnis, dass persönliche Daten über den Gesundheitszustand im Rahmen der Bedarfsabklärung erhoben und elektronisch aufbewahrt werden. Bei Übertritten ins Spital, ins Heim oder in die ambulante Pflege können die medizinisch relevanten Daten ausgetauscht werden. Der Patient, bzw. dessen Vertreter nimmt zur Kenntnis, dass die Institution sicherstellt, dass persönliche Daten gemäss Datenschutzgesetz verwaltet werden.

Um die angemessene und vertragsgerechte pflegerische, medizinische und soziale Betreuung sicher zu stellen, haben die Angestellten vom Hospiz das Recht, von behandelnden Ärzten die notwendigen Angaben zum Gesundheitszustand des Patienten zu verlangen. Durch die Unterschrift nimmt der Patient bzw. dessen Vertreter Kenntnis davon und erteilt gleichzeitig sein Einverständnis dafür, dass die Institution in Einzelfällen und auf ein entsprechendes Begehren des Versicherers hin verpflichtet ist, dem Versicherer zur Überprüfung der Rechnungsstellung, des Controllings und/ oder der Feststellung des Leistungsanspruches Akteneinsicht zu gewähren. Der Patient bzw. dessen Vertreter hat das Recht, diese Akteneinsicht (mittels mündlicher oder schriftlicher Erklärung) auf den Vertrauensarzt des Versicherers zu beschränken.

Im Zusammenhang mit Ein- und Austritten und zur Sicherung der Finanzierung des Aufenthaltes im Hospiz Zentralschweiz sind zusätzlich sämtliche Behörden, Amtsstellen und (Sozial) Versicherungen von der Schweigepflicht entbunden.

Hospiz Zentralschweiz darf persönliche Daten an Ärzte, Apotheken, Therapeuten, Labors etc. weitergeben, soweit dies für die Rechnungsstellung für Dienstleistungen im Zusammenhang mit dem Aufenthalt im Hospiz nötig ist.

Der Patient oder dessen Vertretung erteilen das Einverständnis, dass die Rechnungsstellung für die Krankenpflegeleistungen nach KVG direkt mit dem Krankenversicherer im Tiers payant Verfahren abgewickelt werden.

## **9 Mitgeltende Dokumente**

Mit der Unterzeichnung dieses Betreuungsvertrages erklärt der Patient bzw. dessen Vertreter, dass er die nachfolgenden Dokumente gelesen und verstanden hat und mit den Inhalten einverstanden ist.

- Taxordnung
- Personalienblatt/Anmeldeformular
- Aufnahmekriterien
- Hausordnung

Das Hospiz ist berechtigt, die Dokumente einseitig zu ändern. Änderungen der hier aufgeführten Dokumente werden Patienten bzw. dessen Vertreter unter Berücksichtigung der ordentlichen Kündigungsfrist im Voraus schriftlich mitgeteilt.

Allfällige Vertragsänderungen sind dem Patienten bzw. dessen Vertreter ebenfalls schriftlich mitzuteilen.

## 10 Anwendbares Recht

Dieser Vertrag untersteht ausschliesslich schweizerischem Recht. Im Falle von Streitigkeiten über oder aus diesem Vertrag gilt als Gerichtsstand der Ort, an dem das Hospiz Zentralschweiz seine Leistungen erbringt.

Sollten sich Bestimmungen dieses Vertrages als rechtlich unzulässig oder sachlich nicht vollziehbar erweisen, berührt dies die Gültigkeit der übrigen Vertragsbestimmungen nicht.

Hospiz Zentralschweiz Betriebs AG

---

Geschäftsleitung

6014 Luzern, den

### Patient oder Vertreter gemäss Ziffer 1 Vertragsparteien

Der Patient .....

Der Vertreter .....



# 11 Anhang zu bewegungseinschränkenden Massnahmen

## Dokumentationsblatt für bewegungseinschränkende Massnahmen (BEM) gemäss ZGB Art. 384

Bewegungseinschränkende Massnahmen dienen ausschliesslich dem Schutz der betroffenen Person, seiner Gesundheit und der körperlichen Integrität. BEM werden nur dann eingesetzt, wenn andere Massnahmen keinen ausreichenden oder nachhaltigen Selbstschutz bieten. Als BEM werden von Hospiz Zentralschweiz ausschliesslich die Bettgitter und gegebenenfalls Klingelmatten vor dem Bett, keinesfalls fixierende Massnahmen eingesetzt. Die Würde des Menschen steht über allem, wir sehen die BEM nicht als freiheitseinschränkende Massnahme an.

Name / Vorname: ..... Zimmer Nr.: .....

### Die BEM wurden entschieden unter Beteiligung von:

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegefachperson | <input type="checkbox"/> Pflorgeteam | <input type="checkbox"/> Patient                |
| <input type="checkbox"/> Arzt             | <input type="checkbox"/> Angehörigen | <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter |

### Die Indikation(en) für die BEM sind:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sturzgefährdung | <input type="checkbox"/> Weglaufgefährdung | <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung |
|--|--|---|

### Als BEM werden eingesetzt:

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bettgitter ganze Bettlänge | <input type="checkbox"/> Bettgitter halbe Bettlänge | <input type="checkbox"/> Klingelmatte |
|---|---|---------------------------------------|

Start der BEM Bettgitter: .....  Sofort

Start der BEM Klingelmatte .....  Sofort

Überwachungsintervall der BEM     Täglich     Alle ..... Tage     Wöchentlich

Abschluss der BEM Bettgitter .....

Abschluss der BEM Klingelmatte .....

### Die Aufhebung der BEM wurden entschieden unter Beteiligung von:

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegefachperson | <input type="checkbox"/> Pflorgeteam | <input type="checkbox"/> Patient                |
| <input type="checkbox"/> Arzt             | <input type="checkbox"/> Angehörigen | <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter |

### Folgende Personen wurden über die BEM in Kenntnis gesetzt

- |                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angehörige | <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter | <input type="checkbox"/> KESD/ KESB              |
| <input type="checkbox"/> Arzt       | <input type="checkbox"/> Pflorgeteam            | <input type="checkbox"/> Freiwillige Mitarbeiter |

Ich bzw. mein gesetzlicher Vertreter erkläre mich damit einverstanden, dass im Fall einer Urteilsunfähigkeit und zum Selbstschutz eine der beschriebenen BEM eingesetzt werden dürfen.

Luzern, den .....  
Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Die Richtigkeit der bewegungseinschränkenden Massnahme kontrolliert und freigegeben

Luzern, den .....  
Leitung oder Schichtleitung der Pflege