

# 2023年法律顾问服务工作报告总结(汇总5篇)

在经济发展迅速的今天，报告不再是罕见的东西，报告中提到的所有信息应该是准确无误的。报告书写有哪些要求呢？我们怎样才能写好一篇报告呢？下面是小编给大家带来的报告的范文模板，希望能够帮到你哟！

## 法律顾问服务工作报告总结篇一

根据中央、省、市全面深化改革的工作部署和要求，为全面深化医药卫生体制改革，进一步推进“党的群众路线教育实践活动”深入开展，逐步实现基本医疗服务同质化和基本公共卫生服务均等化、医疗服务的重心由注重疾病治疗向注重健康管理转变，促进优质医疗卫生资源向城乡家庭下沉，切实缓解城乡居民“看病难、看病贵”问题，现根据《绵竹市“家庭式医生”签约工作实施方案的通知》精神，结合我院实际，制定本方案。

以实现“人人享有基本医疗卫生服务、人人树立健康生活理念、人人拥有家庭医生”为目标，充分利用以镇乡卫生院为实施主体，村卫生站为成员补充的医疗卫生服务网络，广泛深入开展“家庭式医生签约服务”活动，真正形成“小病在乡村，大病进医院、康复到基层、健康回家庭”的医疗卫生服务新模式。

（一）坚持“自愿平等、规范服务”的原则；

（二）坚持“以城乡居民健康为目的”的原则，对辖区内居民进行健康管理，签约服务协议，建立城乡居民与家庭医生的契约服务关系，逐步形成家庭健康管理的'良好格局。

（三）坚持“以优质服务为核心”的原则，认真履行协议，

不断提高服务水平，满足城乡居民多样化和个性化的需求，逐步树立家庭医生的责任感和城乡居民的信任感。

（四）坚持“团队协作、社会参与”的原则，签约医生要具有良好的团队协作精神和较强的沟通能力，通过多种形式宣传，动员社会多方参与，形成家庭医生契约服务的良好社会氛围。

（一）签约主体：签约服务主体由卫生院医生、公卫科成员、护士等组成，乡村医生作为医生团队签约服务的补充力量，每个医生团队由3-5名医务人员组成。

（二）签约对象：签约服务面向辖区内所有居民家庭，以65岁以上老年人、0-6岁儿童、孕产妇、慢性病患者、精神疾病患者、贫困人口、孤寡老人、特服人员、残疾人、低保人员等特需人群为工作重点，优先覆盖、优先签约、优先服务。医生团队以村为单位，划片区包干签约服务。

（三）签约形式：团队以签约医生为代表，与居民签订服务协议。签约居民以家庭为签约单位，以一位家庭成员的书面签约为依据，代表全家签约。签约医生与签约对象双方约定服务内容、方式、期限和权力义务等款项。协议原则上一年一签，期满后如需续约，应告知签约医生签约并签字确认。

（四）签约服务内容：

1、健康管理服务：

（1）开展对签约家庭健康评估及指导。免费为签约家庭成员建立健康档案，每年对签约家庭进行一次家庭进行一次家庭健康状况评估，并根据评估结果，制定个性化健康指导计划，并实施动态管理。

（2）开展对签约家庭中中老年人健康管理。每年免费为签约

家庭中65岁以上老年人开展一次健康体检，体检项目包括基础项目、测量身高、体重、血压、血糖等。

(3) 开展对签约家庭中糖尿病、高血压病、精神病等慢性病人的管理，至少每季度回访1次，提供用药咨询，提出诊疗建议，完善诊疗方案。

(4) 开展对签约家庭中孕产妇管理。严格执行国家基本公共卫生服务项目孕产妇管理规范，对高危孕产妇实施动态化全程管理。(5) 开展对签约家庭中0-6岁周岁儿童健康管理。根据国家基本公共卫生服务的相关要求，对不同年龄阶段的婴幼儿的生长发育情况进行评估，给予健康指导，预防儿童疾病的发生。(6) 开展对签约家庭健康教育，发放健康教育宣传资料，普及医疗及保健常识；同时提供咨询电话，给予医疗、预防、保健等方面指导。

## 2、基本医疗服务

为契约家庭成员提供常见病、多发病的诊疗、防控知识介绍及用药咨询。

## 3、便捷就诊服务

加强对医疗机构业务范围、诊疗项目的宣传，方便服务对象针对性选择医疗机构就诊。对契约家庭可以通过电话进行门诊、住院预约，并开通绿色就诊通道。

## 4、出院回访服务

及时对签约家庭出院病人进行随访，并提出健康管理建议。

## 5、双向转诊服务

对签约家庭成员提供分级诊疗和双向转诊服务，并开通绿色

通道，让契约家庭成员享受到更快捷、更方便、更专业的就诊及健康保健服务。

## 6、便民惠民服务

对契约家庭中行动不便的老、弱、病、残人员提供上门医疗、保健服务和确保生命体征平稳状态下的免费接送服务。

### （五）签约要求

1、强化能力。签约医生团队要掌握常见病、多发病及慢性病的诊疗技术，具备健康管理的基本知识，具有良好的团队协作精神和沟通能力，充分获得签约对象的信任。

2、规范行为。签约医生团队要做到“五主动”（主动介绍、主动宣传、主动答疑、主动健康教育、主动征询意见）、“五规范”（上门行为规范、称呼称谓规范、文明用语规范、着装礼仪规范、签约程序规范）。

3、加强联系。制作发放居民服务联系卡，做到“五公开”，即在服务辖区公示医生团队人员名单、工作职责、服务项目、服务热线、服务时间等内容，并根据签约居民的意见，及时调整服务内容及方式，提高服务质量和满意度。

4、双向互动。签约服务强调医生团队和签约对象互动的双向性，签约是甲乙双方的自愿协议，应体现双方在维护健康、控制疾病方面的共识与合作。对尚未签约的城乡居民仍按规定开展基本医疗和基本公共卫生服务。

## 四、签约流程

（一）卫生院成立工作领导小组（详附后），全面负责工作落实，成立相应的组织机构，组建医生团队，开展签约服务工作。

（二）卫生院制定具体的实施方案，明确工作目标，工作内容和运作程序，从服务数量和服务质量上对家庭医生进行动态考核，家庭医生应明确各自的职责、分工和责任区域，对辖区内的签约家庭实行分片管理，与签约家庭签订服务协议，充分掌握签约家庭成员的健康情况和医疗保健需求，提供方便、快捷、有效、个性化的医疗保健服务和健康指导。

（三）加强宣传合作。在村委会公布家庭医生相关信息，多种方式宣传“家庭式医生”签约服务内容，与市级医疗机构合作，建立医疗服务绿色通道，确保为签约家庭提供优质的医疗保健服务。

（四）统一印制方便签约家庭联系的“家庭医生联系卡”，明确服务内容、服务方式和联系方式，方便签约家庭宣传服务内容和方式。

（五）卫生院派出人员每天抽下班时间与分管辖区内的乡村医生联系，挨家入户与被签约人员进行签约服务。

（一）家庭医生团队在开展签约服务的工程中，严格规范服务行为，不断改善服务质量。到20xx年底，辖区内签约家庭达到80%。

（二）卫生院根据服务数量、服务质量和居民满意度，对家庭医生团队进行绩效考核实行岗位工资和绩效工资相结合的分配制度，鼓励多劳多得，有效调动医务人员的积极性。一旦发现违法违规行为，将按有关规定严肃处理。

（1）提供服务包。甲方为乙方提供所选择服务包类型项目下的服务内容（详见附件1）

（2）通知乙方接受公共卫生服务。按照工作时间安排，通知乙方到指定地点接受公共卫生服务。每年对签约家庭进行1次家庭健康状况评估，并根据评估结果，制订个性化的健康规

划。

(3) 发放健康教育材料。及时将本单位印刷的健康教育处方及医学科普资料等材料发放给签约居民，及时将健康活动信息和季节性疾病防控、突发性公共卫生事件等信息告知签约居民。

(4) 开展健康管理服务。免费为所有家庭成员建立健康档案，并实施动态管理。根据居民健康状况和需求，做好65岁以上老年人，0-6岁儿童、孕产妇健康管理服务和高血压、糖尿病、重型精神病患者、结核患者的筛查、随访、健康生活行为干预指导等工作。咨询结果和服务信息及时录入居民健康管理信息系统。其服务及管理均按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》的要求进行。

(5) 提供健康咨询指导。提供24小时电话咨询，给予健康、预防、保健等方面指导。

(6) 制定疾病预防方案。定期通过门诊、电话、上门等方式对乙方及其成员的健康状况进行调查和管理，为其制定健康生活措施和疾病防治方案。

(7) 开放就诊绿色通道。乙方在签约医院住院期间，乙方提供相应凭证后，甲方需协同办理相关手续，并对签约人员开放绿色通道。

## 法律顾问服务工作报告总结篇二

全面推进家庭医生式服务模式，努力推进基本公共卫生服务。张楼社区卫生服务中心家庭医生式服务经验介绍。

2013年3月20日，我院成立以院长为负责人的“家庭医生服务模式签约工作领导小组”，成员由医院院班子、防保站、相关职能科室人员组成，领导小组负责制定实施方案，安排工

作进度并定期督导，保证工作的顺利开展和实施效果。成立了2个家庭医生式服务团队，团队成员为医师、护士及公共卫生人员组成，由乡村医生为家庭医生，并在每月下旬多次开展家庭医生团队、家庭医生的培训工作，并印刷“家庭医生式服务协议书”、“家庭医生式服务团队”联系卡”2500份，做好启动前准备。

自4月下旬开始，我院积极与各村大队支书协调，利用喇叭，早晚播放家庭医生式服务模式内容，并印刷“致广大农民朋友的一封信”、“家庭医生式服务知识问答”宣传单3000份，并由健康教育人员在卫生室开展家庭医生式服务模式的健康讲座，以卫生室辖区为单位，制作公示牌，宣传条幅，努力提高辖区居民对这项工作的了解认识，为下一步签约打下基础。

五月上旬，我院全面实施家庭医生服务模式，服务团队实行包片包村包户责任制，与居民家庭户进行签约，开展家庭医生式服务，并建立工作台帐。所辖区域内重点人群（老年人、婴幼儿、孕产妇、慢性病患者）、自愿签约居民优先覆盖、优先签约、优先服务。签约以家庭为单位，家庭成员均能利用家庭医生服务。在开展入户服务时，由服务团队及家庭医生组成签约小组，与村民实行签约服务，在签约的同时一并告知服务的内容，以及公共卫生、基本药物的内容。在签约完成后，由卫生室工作人员把签约居民及时登入电子台帐，截止13年11月30日，我院辖区签约户数2245户。服务人数9258人。

（一）提高公共卫生知晓率，在签约同时充分告知公共卫生服务、基本药物内容，使广大百姓提高认识，了解新的形势。

（二）改善医患关系，通过入户签订服务，宣传每年一次的老年人健康体检，每季度一次的慢性病健康随访管理，经常性的健康咨询指导、低盐膳食指导，加深了签约居民与家庭医生之间的沟通与联系，增强了签约居民的归属感，家庭医

生会逐渐成为老百姓的贴心人。

（三）从“被动”到“主动”。家庭医生式服务的核心是服务模式和服务理念的转变，签约不仅仅是一种形式，更是沉甸甸的责任。基层医务工作者的积极性和责任意识不断提升，改变以前的要我服务转变为到现在的我要服务的转思想。

1. 家庭医生签约服务在宣传广度上还不够，在卫生室村庄知晓率较高，但是没有卫生室的村民知晓率较差，常遇到遭拒绝的现象。

2、部分社区居民和在职人员认为，社区医生接触面比较狭窄，业务水平有限，导致社区居民对家庭医生的服务能力有所顾虑。

务的利用情况。

2、强化考核，持续服务我们将把家庭医生式服务工作开展情况纳入绩效考核的重点内容之一，通过季度考核、不定期督导检查等形式，全面落实家庭医生式服务的工作，确保家庭医生式服务工作的持续推进和健康发展。

我院工作虽然取得了一定的成绩，面对上级的要求和人民群众的期望，仍有很大差距，存在许多困难和问题。在下一步的工作中，我们将学习兄弟单位好的做法，好的经验努力提高自己的工作水平。恳望各位领导对我院提出宝贵意见。

以上汇报不当之处请领导批评指正！

## 法律顾问服务工作报告总结篇三

村卫生室村医姓名：联系电话：1横江镇卫生院乡镇医生姓名：联系电话：

县级医疗机构：医生姓名：联系电话：

帮扶干部姓名：所在单位：联系电话：

乙方：行政村村民小组户主姓名：

家庭人口数：联系电话：

指导单位：横江（镇）卫生院联系电话□0797-xxx

为提高建档立卡贫困户的医疗、预防、保健、康复等卫生服务和健康帮扶水平，充分发挥签约家庭医生和帮扶干部在健康扶贫工作中的作用，本着平等、自愿的原则，乙方自愿聘请甲方为本家庭的签约服务医生和帮扶干部，成为甲方的服务对象。经甲乙双方及指导单位四方协商，签订本协议。

## 一、甲方职责

1. 按照指导单位的统一时间安排，负责通知乙方到指定地点接受公共卫生服务。每年对签约家庭进行1次家庭健康状况评估，并根据评估结果，制订个性化的健康规划。乡村医生至少每周开展一次随访，乡镇卫生院人员至少每月开展一次随访，县级医生负责健康咨询、就诊引导等服务。各级签约医生要做好随访记录，建立工作台账。

7. 各帮扶干部每半个月需主动了解帮扶对象的健康状况，对有疾病的及时开展就诊指导，并帮助其联系对口签约医生、跟踪疾病治疗和医疗费用报销情况。对贫困户医疗费用经基本医保、大病保险、疾病医疗补充保险和医疗救助报销后还出现高额自付费用、可能会导致因病致贫因病返贫的联系对象，帮扶干部要及时向所在乡（镇）汇报。

## 二、乙方职责

1. 乙方所有家庭成员主动配合甲方开展上述服务，将健康状况、变化情况及与健康相关的信息、资料及时、准确告知甲方，并保证相关信息、资料的真实性、合法性。

2. 需甲方上门服务时，乙方应提前与甲方预约。

3. 积极参与、配合甲方开展的与疾病防治相关的各种活动，认真执行甲方或指导单位为其制定的防病治病的相关措施。

四、乙方如对甲方服务不满意，可向指导单位投诉，也可请指导单位协调解决，乃至申请更换签约医生。

六、本协议自签订之日起生效，协议壹式叁份，甲、乙、指导单位三方各执壹份，有效期壹年，期满后自动解约。

七、本协议为试点版本，如与国家相关法律法规有抵触者，以国家法律法规为准。

帮扶干部签字：

年月日

## 法律顾问服务工作报告总结篇四

根据\_\_\_\_区卫生局整体工作精神，成立了以\_\_\_\_院长为组长的\_\_\_\_镇家庭医生式签约服务工作领导小组，并及时起草了《\_\_\_\_镇20\_\_\_\_年家庭医生式签约服务工作方案》。截至今年9月1日，共召开专题会议10场，组建团队24个，团队成员160人，参加家庭医生式签约服务培训580人次，于20\_\_\_\_年8月29日，邀请区卫生局及区疾控中心有关领导参加，在东皋村村部召开“\_\_\_\_镇家庭医生式服务工作启动会”；多次召开\_\_\_\_镇各乡村卫生所、院全体医务人员参加的“\_\_\_\_镇家庭医生式签约服务工作部署会议”、“\_\_\_\_镇家庭医生式签约服务工作推进会”、“\_\_\_\_镇家庭医生式签约服务工作

培训会”、“\_\_\_\_镇家庭医生式签约服务健康评估工作培训会”等工作会议，会议都紧密围绕家庭医生式服务工作的服务内容、人员构成、经费保障、工作持续性等内容进行了布置、推进、并充分研讨，统一了思想，提高了认识，为家庭医生式服务工作的稳步推进奠定了组织基础。

## （二）、广泛宣传，深入动员

为保障家庭医生式签约服务工作的深入人心，根据《\_\_\_\_区家庭医生式服务工作宣传月活动方案》（荔卫〔20\_\_\_\_〕112号）文件精神，我镇制定了《\_\_\_\_镇家庭医生式服务工作宣传月活动方案》，积极开展主题为“让家庭拥有医生，让医生走进家庭”的家庭医生式服务工作宣传月活动。通过下乡义诊、健康咨询、知识讲座、入户上门等多种活动形式向居民发放“致社区居民一封信”20000多份，家庭医生手册15000份、签定家庭医生式服务协议书6542份。同时，我镇还统一印制了以宣传家庭医生服务理念、服务内容和形式为主题的.宣传栏25版、宣传海报30份，雇用三轮车30辆，粘贴在车身左右两侧，通过街头和村主干道游行的形式进行活动宣传，有效营造了家喻户晓的宣传氛围，为家庭医生式服务工作的顺利推进奠定了舆论基础。

## （三）、抓好试点，逐步推进

在\_\_\_\_镇东皋村、汀江村两个试点村开展家庭医生式签约服务工作中，以慢性病管理、孕产妇保健管理、残疾人康复、婴幼儿保健及其它服务（出诊、上门访视、家庭护理）等为重点，掌握了服务人群底数的和需求人员数量，为全镇家庭医生式服务的扎实推进奠定了信息基础。

## （四）、明确原则，分级管理

### 1、分片服务、明确责任

根据\_\_\_\_镇人口分布及村卫生所分布特点，以辖区24个村卫生所为载体，将\_\_\_\_行政区域“网格化”划归相应的村卫生所，保证\_\_\_\_镇所有居民均能得到社区卫生服务体系覆盖。镇卫生院和各村卫生所组成了由“全科医生、社区护士、防保人员、乡村医生”为核心的“家庭医生式签约服务团队”，提供家庭医生式服务。明确所管辖的村居分布，并在各村部设立“家庭医生式签约服务团队”公示牌，公示团队服务人员、服务范围、服务时间、服务内容、联系方式等信息。

## 2、分级服务、明确目标

各公共卫生服务团队根据辖区居民对健康服务的实际需求和家庭医生式服务的接受程度将居民分为三个级别，第一级是暂时不愿接受家庭医生式服务的居民；第二级有需求时才愿接受家庭医生式服务的居民；第三级是愿意接受家庭医生式服务的居民。根据居民所处的级别不同提供不同的健康管理服务。

第一级以观察为主，加强宣传，定时不定时进行一次电话随访，了解其服务需求变化。

第二级以宣传为主，进行健康管理服务宣传并发放家庭医生联系卡，以便其有需求时可随时与团队成员联系。

第三级以主动服务为主，根据健康状况和健康需求情况进行分类，并对不同类别特殊人群提供有针对性的家庭医生式签约服务。

## 3、分类服务、明确标准

对愿意接受家庭医生式服务的第三级居民，按照健康状况和健康需求情况划分为四类：第一类为健康普通人群，第二类为需关注的人群，第三类为慢性病人群，第四类为高危或合并严重并发症病人、残疾人、特殊病人。根据居民所处的类

别，明确服务内容及标准，提供针对性的签约服务并保证服务的质量和可持续性。

第一类健康普通人群，以促进健康为目标。1、提供健康评估及规划。根据健康档案信息，每年对居民健康状况进行一次年度评估，并根据评估结果，制定下一年度居民健康规划和目标。2、提供健康“点对点”管理服务。及时对签约居民发放健康材料；及时告知健康教育和健康促进等活动信息；及时告知季节性、突发性公共卫生事件信息。3、每半年召开签约居民代表座谈会一次，寻找健康危险因素并制定干预计划。4、提供24小时电话健康咨询服务。

第二类需关注的人群，如孕产妇、婴幼儿、亚健康人群等。以预防疾病促进健康为目标。1、对签约的孕妇提供孕期指导服务。2、对签约的产妇和新生儿进行3次上门访视并体检。3、实施稳定血压、控制体重等健康工程，定期开展健康教育及健康干预。

第三类慢性病人群，如高血压、冠心病、糖尿病等患者。以提高慢性病控制率为目标。1、建立、完善家庭及个人健康档案，并在服务中及时更新。2、提供转诊预约服务。3、对签约居民给予1次/月的饮食指导、运动指导、用药指导和疾病康复咨询。4、运用健康讲座进行健康干预。5、提供心理咨询、心理辅导和中医心理健康服务。6、有针对性地开展中医养生、保健指导服务。

第四类合并严重并发症病人、残疾人、特殊病人、空巢老人等，以减轻痛苦、便捷医疗为目标。在第三类慢性病人群服务基础上开展以下服务内容：1、健康档案实行个案管理。2、对确有需求的进行定期上门访视，提供免费物理检查，开展健康管理服务。3、提供专家预约咨询服务。4、开展康复训练指导，提高残疾人生活质量，使其早日回归社会。

（五）、优先签约，有效服务

东皋村、汀江村2个试点村对辖区居民分级、分类及开展健康需求调查的基础上，优先与辖区内的慢性病人、空巢老人、残疾人、妇幼保健对象等愿意接受家庭医生式服务的重点人群签订家庭医生式服务协议书，并根据协议书内容提供建立健康档案、电话咨询、入户访视、健康教育等针对性服务。目前，已签约的居民家庭7400余户，签约人数计为36522人，占服务总人群的34、7%，其中重点人群11936人，占签约人群的32、68%。

## 二、取得的初步成效

（一）、有限的人力资源实现了现阶段最大程度的社区卫生服务范围，提高了医疗健康服务可及性。

\_\_\_镇卫生院卫生技术人员全员参与家庭医生式签约项目服务，共组建家庭医生式服务团队24个，配备社区健康专用电话27部，服务覆盖24个村委会的所辖居民。家庭医生式服务模式实现了现有医务人员对社区居民健康管理的全覆盖，从坐等患者上门变为深入村居为居民提供服务，使农村健康管理能力得到切实加强。

（二）、保证了健康教育等“六位一体”功能的逐步实现，提高了居民健康保障水平。

提高了辖区居民对医疗健康服务和健康知识的知晓率，健康教育、预防保健、康复等服务得到落实，居民健康意识不断增强。20\_\_\_年1~6月，全镇家庭医生服务团队接受各类咨询达21594人次，主动上门服务216人次，签约基本医疗5847人次，健康评估14467人次，签约家庭7400户。

（三）、初步实现了从“治疗为主向预防为主”的健康保障方式的转变。

通过开展健康教育讲座和定期访视，及时了解居民的健康问

题和健康需求，并对不同人群实施具有针对性的健康干预，促进居民提高健康水平和生活质量。

（四）、重点人群的健康需求基本得到满足，充分体现公益性。

根据辖区居民的健康状况和需求进行“分级分类”管理，使全镇中弱势群体、慢病患者等重点人群优先得到以基本医疗和健康指导为主要内容的家庭医生式服务，在一定程度上缓解了困难群体“看病难、看病贵”的问题，促进了\_\_\_\_镇的和谐稳定。

### 三、下一步工作计划

#### （一）总结经验，推广服务

根据\_\_\_\_区卫生局的部署，我院将及时总结开展家庭医生式签约服务试点的做法和初步成效，特别是辖区居民对家庭医生式服务的满意度。同时，按照确定目标人群、签订服务协议等工作流程，逐步向全镇居民推广家庭医生式服务。

#### （二）深化内涵，完善服务

根据居民日益提高的卫生服务需求，不断深化家庭医生式服务内涵，及时调整签约服务内容，将医疗、护理、健康教育、用药指导、康复训练、心理咨询等项目逐步纳入家庭医生式服务范围，有效满足居民健康需求。

#### （三）强化考核，持续服务

20\_\_\_\_年，将家庭医生式服务工作开展情况纳入全镇公共卫生服务绩效考核的重点内容之一，通过半年考核、年度考核和不定期督导检查等形式，促进各村全面落实家庭医生式服务的各项工作内容，确保家庭医生式服务工作的持续推进和

健康发展。

## 法律顾问服务工作报告总结篇五

乙方（家庭成员代表）：

家庭电话：

住址：

家庭健康档案号：

甲、乙双方共同确定团队为乙方的家庭医生式服务团队。团队成员：

健康通（手机）： 固定电话：

乙方：服务项目：（写序号）

成员1：服务项目：（写序号）

成员2：服务项目：（写序号）

化情况首先及时告知甲方，并保证沟通畅通，积极配合甲方的服务。

二、以上5类服务为基本服务项目，不收取费用。协议双方可通过协商，增加、细化服务项目，如涉及收费项目，则按照有关文件标准执行。

本协议书一式两份，甲方、乙方各执一份，自双方签字之日起生效，有效期为年。期满后如需解约，乙方需告知甲方，双方签字确认。不提出解约视为自动续约。

甲方（盖章）： 乙方：

年月日年月日

解约时间：解约原因：

甲方确认：乙方确认：

甲方□xx卫生院（社区卫生服务中心）

家庭医生：电话：

责任护士：电话：

妇幼保健员：电话：

预防接种员：电话：

村医生：（卫生院增加）电话：

乙方：（户主）身份证号：

家庭住址：联系电话：家庭健康档案号：家庭成员人数：

家庭成员1：姓名：身份证号：电话：家庭成员2：姓名：身份证号：电话：家庭成员3：姓名：身份证号：电话：甲乙双方本着平等尊重自愿的原则，乙方自愿接受甲方为本家庭医生签约服务团队，签定本协议，并按照本协议要求互相配合，完成好各项工作。

甲方及服务团队服务内容

1. 甲方委派一个家庭医生服务团队为乙方家庭每个成员免费建立居民健康档案，并实行动态管理。每年对家庭成员进行一次健康评估。根据健康状况和生活方式，制定针对性的个性化的健康规划和干预措施，帮助家庭养成科学健康的生活方式。

2. 甲方委派的服务团队有针对性地为乙方免费发放各种健教宣传资料；及时将健康讲座和健康主题宣传日等信息和季节性、突发性公共卫生事件信息告知乙方。

3. 甲方每年对乙方65岁以上的老年人开展一次免费生活能1

力评估、中医体质辨识、全身体格检查，辅助医技检查包括（血常规、尿常规、心电图、上腹部b超、肝功、肾功、血糖、血脂化验），生活方式干预和中医药健康管理服务。

4. 甲方委派的服务团队每年对乙方家庭成员中高血压病患者、糖尿病患者、重性精神病患者免费进行不少于4次（面对面随访和健康管理指导，对2型糖尿病患者每年免费进行4次空腹或随机血糖检测，精神病患者每年进行一次免费健康体检（包括一般体格检查、血压、体重、血常规、转氨酶、血糖、心电图）。

5. 甲方委派的服务团队对乙方家庭成员中的结核病患者、布病患者免费实行专案管理，并及时进行督导和健康指导，（卫生院增加）家庭成员可免费享受一次布病筛查。

6. 甲方委派的服务团队为乙方家庭成员中的孕产妇免费建立孕产妇保健手册，孕前和孕早期三个月免费发放叶酸，并提供产前5次和产后2次的检查访视和体检。孕期可免费享受二次血常规化验和一次尿常规、血型、空腹血糖、肝功、肾功、乙肝五项化验，还可享受母乳喂养指导、计划生育指导、妇女病防治指导。（卫生院增加）家庭成员中35岁—64岁的妇女每年可免费享受一次乳腺癌、宫颈癌筛查。

行专案健康管理和指导。

8. 甲方委派的服务团队通过门诊、电话、上门等形式对乙方家庭成员的健康状况免费进行调查和管理，并为其制定健康生活措施和疾病防治方案。

9. 甲方委派的'服务团队成员24小时开通电话健康咨询热线，随时接受乙方健康方面电话咨询、预约诊疗。

10. 乙方提前预约后，甲方对空巢老人、残疾人及行动不便等有需求的居民提供上门健康咨询和指导服务，但不提供上门输液、注射和推拿、按摩、针灸等治疗服务。

11. 甲方每年在固定的时间为乙方家庭成员开展一次40元优惠健康体检，内容包括：健康筛查指导、心电图、腹部b超、肝功肾功血糖血脂化验。（此项卫生院自行选择可做可不做）

12. 甲方负责乙方家庭成员患病后的首次诊疗或推荐本院（中心）其他医生进行诊疗。

13. 甲方根据乙方病情需要，为乙方提供转诊服务，帮助预约二级医院专家诊疗和专科检查。

## 二、乙方及家庭成员义务

1. 乙方所有家庭成员主动积极配合甲方建立个人健康档案、家庭健康档案和以上各项服务，并保证信息资料的真实性和合法性。

2. 积极配合签约服务团队开展的各项健康服务工作。

3. 积极参与、配合甲方开展的与疾病防治相关的各种活动，认真执行甲方为其制定的防病治病的相关措施。

信息、资料及时、准确告知甲方，并保证相关信息、资料的真实性、合法性。

5. 需甲方上门服务时，乙方应提前与甲方预约。

## 三、其他事宜

1. 甲方给乙方提供服务的过程中，因乙方对甲方隐瞒病史信息或不执行甲方制定的防治方案，不听从指导意见而影响服务质量，其产生的不良后果由乙方承担。
2. 甲方给乙方提供服务中，因乙方病情超出甲方诊疗水平和能力而造成的不良后果，甲方不承担责任。
3. 本协议未尽事宜在服务过程中甲乙双方协商解决。
4. 本协议如与国家相关法律法规有抵触者，以国家法律法规为准。

本协议一式两份，甲乙双方各执一份，自签字之日生效，有效期为壹年。如需解约，乙方需告知甲方，双方签字确认，期满后乙方未提出解约视为自动续约。

甲方□xxx卫生院（社区中心）（盖章）

甲方服务团队家庭医生（签字）：乙方（户主签字）：

签约时间：年月日

解约时间：年月日

解约原因：

--