

Beilage /B 2

(zum Betreuungsvertrag)

Erforderlichkeit medizinischer Anordnungen

1. Persönliche Daten der zu betreuenden Person

Name:	Anschrift:
Geburtsdatum:	Email:
Telefonnummer:	Telefax:

2. Persönliche Daten der Vertragspartner

2.1. Auftraggeber

- Zu betreuende Person**
- Vertreter im Namen der zu betreuenden Person**
(z.B. Sachwalter, gesetzlicher Vertreter, Vorsorgebevollmächtigter etc.)
- Eine andere Person zugunsten der zu betreuenden Person** (z.B. Angehöriger, Vertrauensperson)

Name:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Bei Vertretung Nachweis der Vertretungsmacht / (Vorsorge-) Vollmacht / Beschluss des Pflegschaftsgerichts (z.B. Sachwalterbestellung): (der Nachweis ist in Kopie beizulegen)
Telefonnummer:	Email:
Telefax:	

2.2. Auftragnehmer (Betreuungsunternehmen)

Name / Firma:	Geburtsdatum
Anschrift / Sitz:	Email:
Telefax:	Telefonnummer:

3. Folgende Tätigkeiten sollen vereinbart werden:

- 3.1. die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme
- 3.2. die Unterstützung bei der Körperpflege
- 3.3. die Unterstützung beim An- und Auskleiden
- 3.4. die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten
- 3.5. die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen
- 3.6. die Verabreichung von Arzneimitteln
- 3.7. das Anlegen von Bandagen und Verbänden
- 3.8. die Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln
- 3.9. die Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens
- 3.10. einfache Wärme- und Lichtenwendungen
- 3.11. eine andere einzelne pflegerische oder ärztliche Tätigkeit, sofern diese zu den vorgenannten Tätigkeiten einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad, sowie vergleichbare Anforderungen an die erforderliche Sorgfalt aufweist. Bei dieser anderen ärztlichen oder pflegerischen Tätigkeit handelt es sich um:

Gesamt wurden (unter Pkt 3.) _____ Tätigkeiten angekreuzt.

4. Folgenden Fragen sind von einem medizinischen Fachpersonal (Arzt oder einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege - Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/“Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger“ - im Beisein der Vertragsparteien zu klären und auszufüllen:

4.1. Persönliche Daten des medizinischen Fachpersonals

Name medizinisches Fachpersonal:	Anschrift / Dienstort:
Geburtsdatum:	Telefonnummer:

5. Übertragung einfacher pflegerischer Tätigkeiten (iS § 3b Abs 2 GuKG) an das Betreuungsunternehmen:

Bei folgenden Tätigkeiten **liegen aus medizinischer Sicht Umstände vor, aufgrund derer für die Durchführung durch das Betreuungsunternehmen eine Anordnung durch medizinisches Fachpersonal erforderlich ist:**

Zu 3.1. Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme

- ja nein

Zu 3.2. die Unterstützung bei der Körperpflege

- ja nein

Zu 3.3. die Unterstützung beim An- und Auskleiden

- ja nein

Zu 3.4. die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten

- ja nein

Zu 3.5. die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen

- ja nein

Gesamt wurden _____ Tätigkeiten mit „ja“ angekreuzt.

5.1. Aus Pkt 6. ergeben sich nach hinlänglicher Erörterung folgende erforderliche Anordnungen:

5.2. Die Durchführung folgender weiterer Pflegemaßnahmen (§ 14 Abs 2 Z 4 GuKG) wird angeordnet:

5.3. Dauer der obigen Anordnung(en):

- befristet bis einschließlich: _____
- unbefristet

HINWEIS: Jedenfalls endet die Anordnung mit Beendigung des Betreuungsverhältnisses! Die Anordnung kann jederzeit **schriftlich widerrufen** werden, wenn dies aus Gründen der Qualitätssicherung oder auf Grund der Änderung des Zustandsbildes der zu betreuenden Person erforderlich ist. In begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, kann der Widerruf auch mündlich erfolgen. In diesen Fällen ist der Widerruf unverzüglich, längstens jedoch innerhalb von 24 Stunden, schriftlich zu dokumentieren.

6. Übertragung von Tätigkeiten nach Maßgabe ärztlicher Anordnung an das Betreuungsunternehmen (§ 15 Abs 7 GuKG, § 50b ÄrzteG):

- Zu 3.6. die Verabreichung von Arzneimitteln
- Zu 3.7. das Anlegen von Bandagen und Verbänden
- Zu 3.8. die Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln
- Zu 3.9. die Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens
- Zu 3.10. einfache Wärme- und Lichtenwendungen
- Zu 3.11. eine andere einzelne ärztliche Tätigkeit, sofern diese zu den vorgenannten Tätigkeiten einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad, sowie vergleichbare Anforderungen an die erforderliche Sorgfalt aufweist. Bei dieser anderen ärztlichen Tätigkeit handelt es sich um:

Gesamt wurden (unter Pkt 6.) _____ Tätigkeiten angekreuzt.

Hinweis: Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen entsprechend den Regelungen über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich nach § 15 Abs. 1 bis 4 GuKG nachfolgende Tätigkeiten im Einzelfall an Betreuungsunternehmen (im Sinne des § 3b GuKG) weiter zu übertragen.

6.1. Aus Pkt 7. ergeben sich nach hinlänglicher Erörterung folgende erforderliche Anordnungen:

6.2. Dauer der Anordnung nach Pkt. 7.:

- befristet bis einschließlich: _____
- unbefristet

HINWEIS: Jedenfalls endet die Anordnung mit Beendigung des Betreuungsverhältnisses! Die Anordnung kann jederzeit **schriftlich widerrufen** werden, wenn dies aus Gründen der Qualitätssicherung oder auf Grund der Änderung des Zustandsbildes der zu betreuenden Person erforderlich ist. In begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, kann der Widerruf auch mündlich erfolgen. In diesen Fällen ist der Widerruf unverzüglich, längstens jedoch innerhalb von 24 Stunden, schriftlich zu dokumentieren.

7. Nachweis der Befähigung und Anleitung des Betreuungsunternehmens

Es wird bestätigt, dass das Betreuungsunternehmen gegebenenfalls

- über jene **Fähigkeiten verfügt**, die für die Ausübung der einfachen oder nach Maßgabe ärztlicher Anordnung übertragenen pflegerischen Tätigkeiten **erforderlich sind** und
- durch medizinisches Fachpersonal **im erforderlichen Ausmaß** über die konkrete Vornahme der einfachen oder nach Maßgabe ärztlicher Anordnung übertragenen pflegerischen Tätigkeiten **angeleitet und unterwiesen** wurde.

8. Vereinbarung der Tätigkeiten und Bestätigung der Anordnung(en)

8.1. **Das medizinische Fachpersonal** erklärt, die oben vorgenommene Klärung, die allenfalls erlassenen Anordnungen, Anleitungen und Unterweisungen sorgfältig, gewissenhaft und vollständig vorgenommen zu haben, weiters, jede sich nicht aus der ärztlichen Anordnung ergebende Änderung dem Betreuungsunternehmen umgehend schriftlich oder mündlich (Letzteres mit schriftlichem Nachweis binnen 24 Stunden) mitzuteilen.

Unterschrift: _____
(medizinisches Fachpersonal)

Ort, Datum: _____

HINWEIS: Das Betreuungsunternehmen hat die Möglichkeit, die Übernahme oder Vereinbarung pflegerischer oder ärztlicher Tätigkeiten/Dienstleistungen abzulehnen (auch wenn diese notwendig sind!).

Unterschrift: _____
(Betreuungsunternehmen)

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____
(zu betreuende Person / Vertretung)

Ort, Datum: _____