



# 24 Stunden Pflege Stöber

www.24stundenpflegejst.at

+ 43(0)680 3302548

Stand 02/2020

## **Beilage .B 2**

(zum Betreuungsvertrag)

### Erforderlichkeit medizinischer Anordnungen

#### **1. Persönliche Daten der zu betreuenden Person**

Name:		Anschrift:	
Geburtsdatum:		Anschrift:	
Telefonnummer:		E-Mail:	

#### **2. Persönliche Daten der Vertragspartner**

##### 2.1 Auftraggeber

<input type="radio"/>	Zu betreuende Person
<input type="radio"/>	Vertreter im Namen der zu betreuenden Person (z.B. Sachwalter, gesetzlicher Vertreter, Vorsorgebevollmächtigter etc.)
<input checked="" type="radio"/>	Eine andere Person zugunsten der zu betreuenden Person (zB. Angehöriger, Vertrauensperson)

Name:		Anschrift:	
Geburtsdatum:		Anschrift:	
Telefonnummer:		E-Mail:	

Bei Vertretung Nachweis der Vertretungsvollmacht (Vorsorge-) Vollmacht / Beschluss des Pflsgerichts (z.B. Sachwalter Bestellung):  
(Der Nachweis ist in Kopie beizulegen)

##### 2.2 Auftragnehmer (Betreuungsunternehmen)

Name:		Anschrift:	
Geburtsdatum:		Anschrift:	
Telefonnummer:		E-Mail:	

<b>3. Folgende Tätigkeiten sollen vereinbart werden:</b>			
3.1.	<input checked="" type="checkbox"/>		die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme
3.2	<input checked="" type="checkbox"/>		die Unterstützung bei der Körperpflege
3.3	<input checked="" type="checkbox"/>		die Unterstützung beim An- und Auskleiden
3.4	<input checked="" type="checkbox"/>		die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten
3.5	<input checked="" type="checkbox"/>		die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen
3.6	<input type="checkbox"/>		die Verabreichung von Arzneimitteln
3.7	<input type="checkbox"/>		das Anlegen von Bandagen und Verbänden
3.8	<input type="checkbox"/>		die Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln
3.9	<input type="checkbox"/>		die Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens
3.10	<input type="checkbox"/>		einfache Wärme- und Lichtanwendungen
3.11	<input type="checkbox"/>		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 Punkt 3)			Tätigkeiten angekreuzt
<b>4. Folgenden Fragen sind von einem medizinischen Fachpersonal (Arzt oder Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, wie z.B. Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester"/"Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger") im Beisein der Vertragsparteien zu klären und auszufüllen:</b>			
<b>4.1 Persönliche Daten des medizinischen Fachpersonals</b>			
Name:		Anschrift:	
		Dienstort:	
Geburtsdatum:		Anschrift:	
Telefonnummer:		E-Mail:	
<b>4.2.Übertragung einfacher pflegerischer Tätigkeiten (iS § 3b Abs 2 GuKG) an das Betreuungsunternehmen:</b>			
Bei folgenden Tätigkeiten <b>liegen aus medizinischer Sicht Umstände vor, aufgrund derer für die Durchführung durch das Betreuungsunternehmen eine Anordnung durch medizinisches Fachpersonal erforderlich</b> ist:			
Zu 3.1.	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme
Zu 3.2.	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	die Unterstützung bei der Körperpflege
Zu 3.4.	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	die Unterstützung beim An-und Auskleiden
Zu 3.5.	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen
Gesamt wurden (unter Punkt 4.2.)		4	Tätigkeiten mit „ja“ angekreuzt.

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der 24 Stunden Pflege Stöber für leichte Fahrlässigkeit (ausgenommen Personenschäden) und gegenüber Unternehmern zusätzlich für schlicht grobe Fahrlässigkeit, wird daher ausgeschlossen.

**4.3. Aus Punkt 4.2. ergeben sich nach hinlänglicher Erörterung folgende erforderliche Anordnungen:**

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

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

-----  
 -----

**4.5. Dauer der Anordnung nach Pkt. 4.2. bis 4.4.:**

- 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.

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

- Zu 3.6.  die Verabreichung von Arzneimitteln (Medikamentenplan)
- 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 4.6.) \_\_\_\_\_ 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.

**4.7. Aus Pkt 4.6. ergeben sich nach hinlänglicher Erörterung folgende erforderliche Anordnungen:**

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**4.8. Dauer der Anordnung nach Pkt. 4.6. und 4.7.:**

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.

**5. 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.

**6. Vereinbarung der Tätigkeiten und Bestätigung der Anordnung(en)**

**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:** \_\_\_\_\_  
(Auftraggeber)

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_