



## 24-Stunden BETREUUNG ZU HAUSE

# AUFTRAG

zur Durchführung der Anamnese als Basis  
 für die Vermittlung von selbstständigen Personenbetreuer/innen

an die Kooperationspartner:

ALTERN IN WÜRDE/ AIW k.s., Šustekova 49, 851 04 Bratislava  
 ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ, Landesverband Steiermark, Merangasse 26, 8010 Graz  
 KONTAKT: Tel: 0800 222 800, Fax: 00421-2-67202022, E-Mail: [steiermark@aiv.or.at](mailto:steiermark@aiv.or.at)

gewünschter Betreuungsbeginn (tt/mm/jjjj)          /          /

Langzeitbetreuung           Kurzzeitbetreuung (max. 21 Tage) von          bis

Klient/in (Hilfsbedürftige/r):           Frau           Herr          Titel

Vorname          Name

Geb. Datum          SV Nr

Straße          PLZ

Ort          Bezirk

Bundesland          Tel/ Fax

Pflegestufe          Familienstand

Letzter Beruf

Medizinische Diagnosen laut Arztbefund

Infektiöse Krankheit           Nein           Ja, welche

Gewicht          kg          Größe          cm

Hausarzt/in          Tel / Fax

Adresse

Zusätzliche Person im gemeinsamen Betreuungshaushalt (Name)

Verwandtschaftsverhältnis

Benötigt die zusätzliche Person:

a) Haushaltstätigkeiten (z.B. Kochen, Wäscheversorgung, Reinigung, Besorgungen)           Ja           Nein

b) Pfl egetätigkeiten (z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Körperpflege, Mobilisation)           Ja           Nein

Ist ein eigenes angemessenes Zimmer für die Betreuer/innen vorhanden?  Ja  Nein

**Sonstige Anmerkungen:**

**Auftraggeber/in** Name  
 Klient/in selbst Straße  
 Erwachsenenvertreter/in PLZ/ Ort  
 Angehörige/r, Verwandtschaftsverhältnis  
 Vertrauensperson Tel/ Fax  
Mobil  
E-Mail

**Nächste Ansprechperson \*** Name  
Tel/ E-Mail

\* dieser Person darf Auskunft über den/die Klienten/in im Rahmen der Personenbetreuung erteilt werden

Hatten Sie in der Vergangenheit eine 24h Betreuung?  Nein  Ja, welche Organisation:

Durch wen haben Sie von unserem Angebot der 24h Betreuung erfahren?

(Privat/ Spital/ Behörde/ Werbung) Kontakt

**Wichtiger Hinweis:**

Der/die Auftraggeber/in erklärt sein/ihr Einverständnis, dass bei dem/der Klient/in zum ehest möglichen Termin nach der Auftragserteilung eine Anamnese erfolgen wird. Dem/der Auftraggeber/in steht binnen 14 Werktagen ab Auftragserteilung ohne Angabe von Gründen ein Rücktrittsrecht zu. Ein Rücktritt wird nur dann anerkannt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der angegebenen Frist schriftlich bei AIW eingegangen ist. Sollte bei einem/einer Klienten/in trotz zeitgerecht erfolgter Rücktrittserklärung bereits eine Anamnese erfolgt sein, verpflichtet sich der/die Auftraggeber/in dem Roten Kreuz Steiermark die entstandenen Kosten in Höhe von 150 € binnen 7 Tagen nach Rechnungslegung zu ersetzen. Im Zusammenhang mit diesen Anamnesekosten verpflichtet sich der/die Auftraggeber/in, die Firma AIW gegenüber dem Roten Kreuz Steiermark schad- und klaglos zu halten. Der/die Auftraggeber/in bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der oben angeführten Daten, insbesondere der Gesundheitsdaten und stimmt deren EDV mäßiger Verarbeitung durch das Rote Kreuz Steiermark und AIW zu, zum Zweck:

- der Vermittlung möglichst passender Betreuungskräfte und
- der bestmöglichen Beratung und Unterstützung des/der Auftraggebers/in, des/der Klienten/Klientin sowie der Betreuungskräfte bei administrativen Angelegenheiten im Rahmen der Personenbetreuung.

Die Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

**Wo soll die Anamnese stattfinden?**

- am Wohnort des/der Klienten/in
- externer Ort (genaue Anschrift)

Datum/Ort

-----  
Unterschrift Auftraggeber/in