



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 Salzburg, Sterneckerstr. 32, 5020 Salzburg
KONTAKT: Tel: 0800 222 800, Fax: 00421-2-67202022, E-Mail: salzburg@aiw.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) Pflegetätigkeiten (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

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Klient/in selbst | Name |
| <input type="checkbox"/> Erwachsenenvertreter/in | Straße |
| <input type="checkbox"/> Angehörige/r, Verwandtschaftsverhältnis | PLZ/ Ort |
| <input type="checkbox"/> 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

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, LV Salzburg 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, LV Salzburg 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, LV Salzburg 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