



Liebe Kund\*in,  
liebe Betreuer\*innen!

Wir bedanken uns bei Ihnen, dass Sie uns Ihr Vertrauen für die Organisation und Begleitung Ihres Betreuungsverhältnisses geschenkt haben. Sie können versichert sein, dass wir unser Möglichstes tun, dass Sie sich in der Betreuung wohl und gut versorgt fühlen können.

Von administrativer Seite unterstützen wir Sie gerne mit dieser Betreuungsmappe. Sie soll Ihnen dabei helfen, wichtige Telefonnummern schnell griffbereit zu haben, einen guten Überblick über die mit der Betreuung zusammenhängenden Dokumenten zu bewahren und die gesetzlich vorgeschriebene Dokumentation führen zu können.

Die Betreuungsmappe ist in 4 Hauptabschnitte unterteilt:

- ★ Für Kunden/innen & Personenbetreuer/innen
- ★ Für Kunden/innen
- ★ Für Personenbetreuer/innen
- ★ Qualitätssicherung in der Pflege

Wie Sie der Bezeichnung entnehmen können, befinden sich in den einzelnen Abschnitten Dokumente, die entweder für Sie gemeinsam oder nur für die Kund\*innen oder die Betreuer\*innen vorgesehen sind. Der Abschnitt Qualitätssicherung in der Pflege ist hingegen für die begleitende DGKP und/oder Ärzt\*in gedacht. Eine detailliertere Auflistung aller Dokumente samt Beschreibung befindet sich auf der Rückseite dieses Schreibens.

Sollten Sie Fragen zum Inhalt der Betreuungsmappe haben oder einen Nachschub an neuen Dokumenten benötigen, stehen wir Ihnen sehr gerne zur Verfügung.

Wir wünschen Ihnen möglichst viele schöne Momente in Ihrer gemeinsamen Betreuungszeit!

Ihr Team von LebensWerte Seniorenbetreuung

Für Kund/innen und Personenbetreuer/innen	1.1.	<b>Wichtige Telefonnummern</b>	Alle unseren wichtigen Kontakt- und Notfallnummern.
		<b>Notfallplan</b>	Wer muss in welchen Fällen verständigt werden und wie kann eine lückenlose Betreuung gewährleistet werden.
		<b>Kundenkontakte</b>	Zusammenfassung aller wichtigen Kontakte der Kund*in, wie z.B. Angehörige, Ärzte, etc.
	1.2.	<b>Haushaltsbuch</b>	Betreuer*innen tragen hier alle Ausgaben ein, die sie für die Kund*in aus der Haushaltskasse tätigen.
		1.3.	<b>Betreuungsverträge</b>
<b>Honorarnoten</b>	Musterrechnungen, welche die Betreuer*innen zur Erstellung ihrer Honorarnoten an die Kund*innen verwenden können.		
Für Kund/innen	2.1.	<b>Vermittlungsvertrag</b>	Der Vertrag zwischen Kund*in und Agentur, welcher im Rahmen des Infogespräches erstellt wurde.
	2.2.	<b>Kundenbesuchsprotokolle</b>	Protokolle, welche die Kundenberater*in im Rahmen von Kundenbesuche erstellt.
	2.3.	<b>Förderanträge</b>	Förder- & Wechselanträge, die bei Beantragung bzw. Betreuerwechseln an das SozminService gesendet werden müssen.
		<b>Behördenunterlagen</b>	Kopien von Dokumenten der Betreuer*innen, welche die Kund*innen zur Einreichung der Förderung benötigen.
		<b>Abmeldezettel</b>	Abmeldezettel, die von der Betreuer*in unterzeichnet sind und zur Nebenwohnsitz-Abmeldung verwendet werden können.
Für Personenbetreuer/innen	3.1.	<b>Anwesenheitsliste</b>	Betreuer*innen tragen hier ihre Anwesenheiten bei ihren Kund*innen ein und bestätigen dies mit ihrem Handzeichen.
		<b>Verlaufsbericht</b>	Alle wesentlichen, gesundheitlichen Veränderungen der Kund*innen werden hier dokumentiert.
		<b>Was war das Schönste am heutigen Tag?</b>	Betreuer*innen können hier schöne Momente mit ihren Kund*innen oder auch für sie selbst festhalten.
	3.2.	<b>Individualisierte Tätigkeitsbeschreibung</b>	Eine Auflistung aller bei der Kund*in erforderlichen und beauftragten Tätigkeiten samt Anmerkungen.
		<b>Anordnungsblatt für delegationspflichtige Tätigkeiten</b>	Die verantwortliche DGKP dokumentiert alle Maßnahmen, die der Betreuer*in gezeigt und delegiert wurden.
		<b>Standards zur Durchführung delegationspflichtiger Tätigkeiten</b>	Für einige delegierte Maßnahmen legt die DGKP der Betreuer*in hier schriftliche Ausführungsvorgaben bei.
	3.3.	<b>Durchführungsnachweis von Betreuung und delegationspflichtige Tätigkeiten</b>	Die Betreuer*in dokumentiert hier täglich die Durchführung aller im indiv. Tätigkeitsbereich bzw. Anordnungsblatt vorgegebenen Tätigkeiten.
		<b>Medikamenteneinnahme &amp; Vitalwerte</b>	Die Betreuer*in dokumentiert hier laut Anordnung/Delegation die Medikamenteneinnahme und relevanten Vitalwerte.
		<b>Protokoll betreuungserschwerender Umstände</b>	Wenn betreuungserschwerende Umstände auftreten, protokolliert die Betreuer*in diese als Nachweis.
		<b>Situationserhebungsbogen</b>	Enthält alle von der Kund*in beim Infogespräch erhobenen Informationen und Rahmenbedingungen der Betreuung.
Qualitätssicherung in der Pflege	4.1.	<b>Situationserhebungsbogen</b>	Enthält alle von der Kund*in beim Infogespräch erhobenen Informationen und Rahmenbedingungen der Betreuung.
	4.2.	<b>Pflegeassessments</b>	Pflegeanamnese und Risikoeinschätzung seitens der DGKP, v.a. zur Abklärung eines potenziellen Delegationsbedarfs.
		<b>Betreuungsstart &amp; laufende Betreuung</b>	
	4.3.	<b>Angebot zur Bereitstellung fachpflegerischer Tätigkeiten</b>	Schriftliches Angebot indiv. erforderlicher Pflegetätigkeiten inkl. Konsequenz einer Ablehnung notwendiger Delegationen.
	4.4.	<b>Delegationen von pflegerischen &amp; ärztlichen Tätigkeiten</b>	Schriftliche Ermächtigung einer Betreuer*in zur Durchführung ärztl./pfleg. Tätigkeiten durch den Arzt oder DGKP.
4.5.	<b>Ärztliche Anordnungen &amp; Medikamentenlisten</b>	Anordnung eines Arztes als (rechtliche) Basis für die Delegation an die Betreuer*in.	



Für Kunden/innen & Personenbetreuer/innen

1.1.

# Wichtige Telefonnummern

## Notfallplan

## Kundenkontakte

- ★ Hier sind die Kontaktnummern der Kundenberater\*innen, qualitätssichernden DGKP, des Lebenswerte Büros, die Notfallnummern und die wichtigen Kundenkontakte zusammengefasst.
- ★ Der Notfallplan beschreibt, wer in den verschiedenen Notsituationen von der Betreuer\*in kontaktiert werden soll.

**Ihre Kundenberater\*in:**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Ihre DGKP für QS Pflege:**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**LB Lebenswert Betreuungs GmbH**

Sonnwendgasse 23, 1100 Wien

**01/8777482**

MO-Fr 8.30 -16:00 Uhr

**24 Stunden-Hotline**

**0699 10 30 11 25**

Nur für (nichtmedizinische) Notfälle!

Werden Sie nicht unmittelbar mit unserem Journdienst verbunden,  
hinterlassen Sie bitte unbedingt Name und Telefonnummer auf der Mailbox!

Dann werden Sie verlässlich innerhalb einer Stunde zurückgerufen!

**Notrufnummer für medizinische Notfälle**

**112**

## Notfallplan

Bei plötzlichem Ausfall einer Personenbetreuer\*in:

1. **LebensWerte**  
Büro: 01/8777482  
24h Hotline\*: 0699/10301125
2. **Notfallkontakt**

Bei wesentlicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu betreuenden Person:

1. **Notfallkontakt**
2. **Delegierende DGKP**
3. **LebensWerte**  
Büro: 01/8777482  
24h Hotline\*: 0699/10301125

Bei unmittelbarer Lebensgefährdung der zu betreuenden Person:

1. **Rettung:**  
**144**
2. **Notfallkontakt**
3. **LebensWerte**  
Büro: 01/8777482  
24h Hotline\*: 0699/10301125

Bei plötzlichen Veränderungen im Betreuungsumfeld, welche die Betreuung gefährden:

1. **Notfallkontakt**
2. **LebensWerte**  
Büro: 01/8777482  
24h Hotline\*: 0699/10301125

## Sicherstellung einer adäquaten, lückenlosen Betreuung

LebensWerte Seniorenbetreuung sichert vertraglich die Bereitstellung einer neuen bzw. Ersatzbetreuer\*in **innerhalb von 3 Werktagen ab Kenntnis des Betreuerausfalls** zu. In der Zwischenzeit bestehen folgende Betreuungsoptionen:

1. LebensWerte Seniorenbetreuung stellt **nach Verfügbarkeit** kurzfristig eine 24h Ersatzbetreuerin zur Verfügung.
2. LebensWerte Seniorenbetreuung stellt **nach Verfügbarkeit** kurzfristig stundenweise Ersatzbetreuer\*innen zur Verfügung.
3. Angehörige übernehmen zur Überbrückung die Betreuung bis eine Ersatzbetreuerin bereit steht.
4. Die zu betreuende Person wird vorübergehend in einem Krankenhaus untergebracht bis eine Ersatzbetreuer\*in bereit steht.



Für Kunden/innen & Personenbetreuer/innen

1.2.

# Haushaltsbuch

- ★ Die Betreuer\*innen sind gesetzlich verpflichtet, ein Haushaltsbuch zu führen.
- ★ Alle Zahlungsbelege sind zum Nachweis aufzubewahren!









Für Kunden/innen & Personenbetreuer/innen

1.3.

# Betreuungsverträge

## Honorarnoten

- ★ Betreuer\*innen sind gesetzlich verpflichtet, einen schriftlichen Betreuungsvertrag abzuschließen.
- ★ Die Honorare der Betreuer\*innen werden direkt an diese, gegen Vorlage einer Honorarnote, bezahlt.

**BETREUUNGSVERTRAG**

betreffend die „zu betreuende Person“:

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Email:

Telefonnummer:

Telefax:

**1. Persönliche Daten der Vertragspartner**

**1.1. Auftraggeber**

- Zu betreuende Person**
- Vertretung im Namen der zu betreuenden Person**  
(z.B. Erwachsenenvertreter, gesetzlicher Vertretung, Vorsorgevollmächtigter 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:

(der Nachweis ist in Kopie beizulegen)

Telefonnummer:

Email:

Telefax:

**1.2. Auftragnehmer, im Folgenden „Betreuungsunternehmen“ genannt**

Name / Firma:

Geburtsdatum / Firmenbuchnummer:

Anschrift / Sitz:

Email:

Telefax:

Telefonnummer:

**2. Vertragsgegenstand und Grundlagen des Betreuungsvertrages**

Gegenstand des Vertrages ist die Betreuung der zu betreuenden Person in deren Privathaushalt durch ein selbständiges Betreuungsunternehmen in Österreich.

- 2.1. Das Betreuungsunternehmen erklärt das Gewerbe der **Personenbetreuung** bei der jeweils für sie zuständigen Gewerbebehörde in Österreich angemeldet zu haben und während des gesamten Leistungszeitraums nicht ruhend zu stellen.
- 2.2. Bei gegenständlichem Vertrag handelt es sich um einen Dienstleistungsvertrag. Die zu betreuende Person beziehungsweise der Auftraggeber ist gegenüber dem Betreuungsunternehmen **nicht weisungsbefugt**. Die Art der (ordnungsgemäßen) Leistungserbringung ist dem Betreuungsunternehmen überlassen.

<b>3. Leistungen</b>	
<b>3.1. Leistungen <u>ohne</u> Vorliegen bestimmter Voraussetzungen</b> (Hinweis: Jene nachfolgenden Leistungen, die zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer vereinbart werden sollen, sind anzukreuzen)	
<input type="checkbox"/> <b>Haushaltsnahe Tätigkeiten</b> (Zubereitung von Mahlzeiten, Vornahme von Besorgungen, Reinigungstätigkeiten, Durchführung von Hausarbeiten, Durchführung von Botengängen, Sorgetragung für ein gesundes Raumklima, Betreuung von Pflanzen und Tieren, Wäscheversorgung - Waschen, Bügeln, Ausbessern). Hiervon <u>ausgenommen</u> sind:	
<input type="checkbox"/> <b>Unterstützung bei der Lebensführung</b> (Gestaltung des Tagesablaufs, Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen, Gesellschafterfunktion im Sinne von Gesellschaft leisten, Konversationen führen, gesellschaftliche Kontakte aufrechterhalten, Begleitung bei diversen Aktivitäten). Hiervon <u>ausgenommen</u> sind:	
<input type="checkbox"/> <b>Praktische Vorbereitung der zu betreuenden Person auf einen Ortswechsel</b> (z.B. Umzug, Verlegung, Transferierung). Hiervon <u>ausgenommen</u> sind:	
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige oben nicht erwähnte Leistungen</b> , wobei es sich nicht um <u>pflegerische Leistungen</u> der Basisversorgung, sowie um Leistungen wie etwa ärztliche, zahnärztliche, physiotherapeutische, ergotherapeutische, diätologische, logopädische, psychotherapeutische und gesundheitspsychologische Tätigkeiten handeln darf, <u>die ausschließlich Gesundheitsberufen vorbehalten sind</u> .	
<input type="checkbox"/> <b>Dokumentation:</b> Das Betreuungsunternehmen hat ein Haushaltsbuch zu führen über die erbrachten Leistungen und getätigten Ausgaben. Es ist verpflichtet die Belege für einen Zeitraum von zwei Jahren aufzubewahren. Über Anfragen der zu betreuenden Person bzw. des Auftraggebers hat das Betreuungsunternehmen eine Abschrift des Haushaltsbuches bzw. der Belegsammlung gegen Kostenersatz zur Verfügung zu stellen.	
<b>3.2. Leistungen <u>bei</u> Vorliegen bestimmter Voraussetzungen</b>	
<b>Hinweis: Ohne Vorliegen einer Anordnung und Einweisung dürfen die folgenden Tätigkeiten nur dann vereinbart werden, wenn aus medizinischer Sicht <u>keine Umstände</u> vorliegen, die eine <u>Anordnung oder Einweisung erforderlich</u> machen.</b>	
Solche <u>Umstände</u> können beispielsweise Störungen und Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates sowie auch Blut-, Herz-, Lungen- Zucker-, Stoffwechsel-, oder Infektionskrankheiten sein, aber auch Allergien, Operationen oder die Einnahme von Medikamenten an sich.	
Liegt ein solcher Umstand jedoch vor, darf eine der nachfolgenden pflegerischen Tätigkeiten lediglich über Anordnung bzw. unter Beiziehung von medizinischem Fachpersonal (Arzt oder Diplomierter Gesundheits- und Krankenschwester/ Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger) vereinbart und durchgeführt werden!	
Die zu betreuende Person bzw. der Auftraggeber hat <u>vor</u> Vereinbarung der hier angeführten pflegerischen Tätigkeiten sicherzustellen, dass das Betreuungsunternehmen über alle bekannten und aus medizinischer Sicht in Frage kommenden Umstände informiert und aufgeklärt wurde	
<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> , folgender Umstand liegt vor:  _____ <b>Liegt eine entsprechende Anordnung samt Einweisung durch medizinisches Fachpersonal vor?</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> , sohin werden die folgenden, davon abgedeckten Tätigkeiten vereinbart:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> , es liegen <u>keine</u> derartigen Umstände vor, sodass <u>keine Anordnung oder Einweisung</u> eines medizinischen Fachpersonals <b>erforderlich</b> ist.  Es wird daher <u>ohne medizinische oder ärztliche Anordnung und/oder Einweisung</u> die Durchführung folgender pflegerischer Tätigkeiten vereinbart: <input type="checkbox"/> die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme;

<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung bei der Körperpflege;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung beim An- und Auskleiden;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen;</li></ul> <p>Gesamt wurden _____ Tätigkeiten angekreuzt.</p> <p><input type="radio"/> <b>Nein</b>, sohin sind Leistungen nach Beilage ./B2 unter Beiziehung medizinischen Fachpersonals festzulegen.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung bei der Körperpflege;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung beim An- und Auskleiden;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen;</li></ul> <p>Gesamt wurden _____ Tätigkeiten angekreuzt.</p>
---	--

#### 4. Handlungsleitlinien für Alltag und Notfall

4.1. Das Betreuungsunternehmen verpflichtet sich im Notfall und bei erkennbarer Verschlechterung des Zustandsbildes der zu betreuenden Person (z.B. bei hohem Fieber, Schmerzen, Krankheit, Änderungen im Ess-, Trink- oder Schlafverhalten, Unruhe, Teilnahmslosigkeit, Verdauungsstörungen) die von der zu betreuenden Person bzw. dem Auftraggeber bekanntzugebenden Notfallkontakte zu verständigen. Dabei ist zu beachten, dass die anzugebenden Notfallkontakte mit der Verarbeitung ihrer Daten durch das Betreuungsunternehmen nachweislich (schriftlich dokumentiert und von diesen unterfertigt) einverstanden sind und vom Betreuungsunternehmen insbesondere entsprechend Art 13 DSGVO informiert werden.

4.2. Sowohl bei erkennbaren Verschlechterungen des Zustandsbildes, als auch im Notfall sind alle in der Situation erforderlichen, dem Wohle der zu betreuenden Person dienende Maßnahmen unter Achtung ihrer Integrität und Würde zu ergreifen. Insbesondere hat das Betreuungsunternehmen erforderlichenfalls einen Rettungsdienst zu verständigen.

Zusätzlich wird für den Notfall vereinbart:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die zu betreuende Person bzw. der Auftraggeber ist verpflichtet, alle für die Erfüllung der Handlungsleitlinien erforderlichen Informationen dem Betreuungsunternehmen mitzuteilen und den Zutritt in den Wohnbereich der zu betreuenden Person durch das Betreuungsunternehmen sicherzustellen.

4.3. **Angaben über Umstände oder Besonderheiten die bei den vereinbarten Tätigkeiten zu berücksichtigen sind** (z.B. Allergien oder Unverträglichkeiten):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 5. Leistungszeitraum / Beendigung des Vertrages

5.1. Beginn der Leistungserbringung erfolgt am \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ).

5.2. Vertragsdauer:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Laufzeit des Vertrages ist befristet zum \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ) und endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen (unbefristet).

### 5.3. Sonstige Beendigung des Vertrages

Der Betreuungsvertrag endet jedenfalls mit dem Tod der zu betreuenden Person, wobei das Betreuungsunternehmen in diesem Fall einen bereits im Voraus gezahlten Werklohn anteilig zu erstatten hat.

Der Betreuungsvertrag endet auch durch Insolvenz oder Auflösung des Betreuungsunternehmens (bzw. mit dem Tod des Einzelunternehmers).

Der Vertrag kann von beiden Vertragsteilen (auch bei einem befristeten Vertragsverhältnis) jeweils unter **Einhaltung einer zweiwöchigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendermonats** aufgelöst werden.

### 5.4. Die Leistungserbringung erfolgt in folgendem Zeitfenster / an folgenden Tagen / in folgenden Wochenintervallen:

Je Monat werden durchschnittlich \_\_\_\_\_ Stunden an Betreuungsleistungen erbracht.

Ergänzende Bemerkungen:

Die Durchführung der Tätigkeiten und die zeitliche Lage der Leistungserbringung hat sich grundsätzlich an den Bedürfnissen der zu betreuenden Person zu orientieren und ist gegebenenfalls mit sonstigen, ebenfalls beauftragten Betreuungsunternehmen abzustimmen.

## 6. Vertretung bei Verhinderung des Betreuungsunternehmens

Die Vertretung des Betreuungsunternehmens wird geregelt wie folgt: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Beistellung des Ersatzbetreuungsunternehmens durch das Betreuungsunternehmen:

Die Erbringung der vertraglichen Leistungen erfolgt tunlichst durch dasselbe (Ersatz-) Betreuungsunternehmen. Im Falle dessen Verhinderung (z.B. durch Krankheit der Mitarbeiter) ist das Betreuungsunternehmen berechtigt ein Ersatzbetreuungsunternehmen einzusetzen. Die Erbringung der vertraglichen Leistungen kann (in begründeten Fällen) im Vertretungswege geschehen

oder

- Beistellung des Ersatzbetreuungsunternehmens durch die zu betreuende Person bzw. durch den Auftraggeber

HINWEIS: Die Vornahme einer pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeit darf von der Vertretung (Ersatzbetreuungsunternehmen) ausschließlich nach entsprechender Einweisung und Anleitung durch medizinisches Fachpersonal im konkreten Fall erfolgen!

## 7. Werklohn und Fälligkeit

### 7.1. Der Werklohn für die Erbringung der vereinbarten Tätigkeiten (exkl. Umsatzsteuer und Barauslagen) beträgt monatlich:

€ \_\_\_\_\_

### 7.2. Sofern es sich beim Betreuungsunternehmen um einen Kleinunternehmer mit Sitz in Österreich handelt (Jahresumsatz nicht mehr als € 35.000,- netto), ist dieses grundsätzlich von der Umsatzsteuer befreit.

Handelt es sich um keinen Kleinunternehmer mit Sitz in Österreich beträgt die allenfalls zu entrichtende Umsatzsteuer:

€ \_\_\_\_\_

### 7.3. Der monatlich zu zahlende Gesamtbetrag beträgt sohin:

€ \_\_\_\_\_

### 7.4. Für die Entrichtung von Steuern und Beiträgen der Sozialversicherung hat das Betreuungsunternehmen selbst Sorge zu tragen.

### 7.5. Heilbehelfe, Heilmittel u.ä., die zur vereinbarten Versorgung der zu betreuenden Person erforderlich sind (Inkontinenzprodukte, Medikamente, Bandagen, etc.), stellen ersatzfähige Barauslagen dar und sind unter Übermittlung der Originalbelege in folgenden Zeiträumen abzurechnen \_\_\_\_\_ (z.B. monatlich, ¼ jährlich).

### 7.6. Das Betreuungsunternehmen verrichtet sämtliche Tätigkeiten selbständig und hat im Falle einer (wenn auch unverschuldeten) Verhinderung der Leistungserbringung keinen Anspruch auf Werklohn. Hat jedoch die Verhinderung ihren Ursprung in der Sphäre der zu betreuenden Person bzw. des Auftraggebers, bleibt der Anspruch auf Werklohn aufrecht.

### 7.7. Aufwendungen für Betriebsmittel, Eigenversorgung und Anreise stellen keine ersatzfähigen Barauslagen dar.

7.8. Der monatliche Werklohn ist zum \_\_\_\_\_ Tag (z.B. „1.“ oder „15.“ oder „letzten“) des jeweiligen Monats der Leistungserbringung **fällig** und mit 5-tägiger Nachfrist wie folgt zu entrichten:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- gegen Ausstellung einer Zahlungsbestätigung in bar, oder
- mit schuldbefreiender Wirkung ausschließlich auf folgendes Bankkonto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN / BIC: \_\_\_\_\_

7.9. Im Falle des Zahlungsverzugs werden **Verzugszinsen** in Höhe von 4 % p.A. veranschlagt. Überweisungsaufträge am Tag der Fälligkeit gelten als rechtzeitig.

## 8. Mitwirkungspflichten des Betreuungsunternehmens

Das Betreuungsunternehmen verpflichtet sich zwecks Stellung eines Antrages/Ansuchens auf Zuschuss aus dem Unterstützungsfond für Menschen mit Behinderung bei der zuständigen Stelle zur Herausgabe insbesondere folgender Nachweise und Dokumente:

1. Erklärung, dass auf Grund der selbständigen Erwerbstätigkeit eine Pflichtversicherung bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft jedenfalls auf Basis der Mindestbeitragsgrundlage besteht und die Einsatzzeit des Betreuungsunternehmens zumindest 48 Stunden wöchentlich beträgt,
2. Bestätigung des zuständigen Sozialversicherungsträgers über die Anmeldung des Betreuungsunternehmens (sofern es sich um ein Betreuungsunternehmen aus einem anderen EU-Mitgliedstaat handelt, ist ein Nachweis über die Anmeldung zur Sozialversicherung in diesem EU-Mitgliedsstaat sowie über die geleisteten Beiträge beizubringen),
3. Meldezettel des Betreuungsunternehmens,
4. Nachweis im Sinne des Bundespflegegesetzes, sofern vorhanden, über
  - eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der eines Heimhelfers entspricht (bzw. Nachweis eines Ausbildungsinstitutes über die Absolvierung eines Pflegekurses im Umfang von zumindest 200 Stunden Theorie und Praxis), oder
  - die sachgerechte Durchführung der Betreuung der zu betreuenden Person seit zumindest sechs Monaten (im Sinne des Hausbetreuungsgesetzes oder gemäß § 159 Gewerbeordnung 1994), oder
  - die Ausübung bestimmter pflegerischer und/oder ärztlicher Tätigkeiten nach Anordnung, Unterweisung und unter der Kontrolle eines diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegers bzw. Arztes (Befugnis gemäß § 3b oder § 15 Abs. 7 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes oder gemäß § 50b des Ärztegesetzes 1998).

## 9. Datenschutzerklärung

### 9.1. Personenbezogene Daten

Zur Durchführung der vertraglich vereinbarten Leistungen ist es erforderlich, dass die zu betreuende Person und deren Vertretung, bzw. ein von der zu betreuenden Person allenfalls abweichender Auftraggeber (die im Folgenden gemeinsam als „Betroffene“ bezeichnet werden) dem Betreuungsunternehmen die vorangehend auszufüllenden Daten bekannt geben. Die Nichtbereitstellung dieser Daten hätte zur Folge, dass vertraglich vereinbarte Leistungen vom Betreuungsunternehmen nicht erbracht werden können. „Betroffener“ ist auch jede andere Person, deren Daten im Rahmen des gegenständlichen Vertragsabschlusses allenfalls erhoben und/oder verarbeitet werden.

Das Betreuungsunternehmen erklärt, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten der Betroffenen nur soweit vorzunehmen, als es zur Durchführung und Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen aufgrund des gegenständlichen Vertrages erforderlich ist. Dies unter Einhaltung der datenschutz- und zivilrechtlichen Bestimmungen. Die diesbezügliche Rechtsgrundlage ergibt sich aus Art 6 Abs 1 lit. b) und c) DSGVO. Demnach ist die Verarbeitung rechtmäßig, wenn sie für die Erfüllung des mit den Betroffenen abgeschlossenen, gegenständlichen Vertrages oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Anfrage der Betroffenen erfolgen, oder zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist. Letzteres betrifft insbesondere die Abklärung medizinischer Anordnungen (vgl. Pkt 3.2. sowie § 1 Abs 4 HBeG), die Erstellung von Handlungsleitlinien für den Alltag und Notfall sowie die Zusammenarbeit mit den in die Pflege und Betreuung involvierten Personen (vgl. Pkt 4. sowie § 5 ff HBeG).

Im Hinblick auf die gegebenenfalls durch das Betreuungsunternehmen vorzunehmende Verarbeitung sensibler Gesundheitsdaten (siehe insb. Punkt 3.2.) ergibt sich die Zulässigkeit aufgrund von Art. 9 Abs 2 lit h) DSGVO, wonach die Verarbeitung dieser Daten – soweit erforderlich und gesetzlich geregelt (in diesem Fall insbesondere durch das GuKG und Ärztegesetz) - unter anderem für die Versorgung, Behandlung und Verwaltung von Systemen und Dienste im Gesundheits- oder Sozialbereich, zulässig ist. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass das Betreuungsunternehmen insbesondere gem. § 7 HBeG zur Verschwiegenheit über alle diesem in Ausübung seiner Tätigkeiten bekannt gewordenen oder anvertrauten Angelegenheiten verpflichtet ist. Dies gilt lediglich dann nicht, wenn das Betreuungsunternehmen von dem jeweils Betroffenen von der Verschwiegenheit befreit wurde oder sich eine Auskunftspflichtung aus gesetzlichen Bestimmungen ergibt.

### 9.2. Rechte der Betroffenen

Die Betroffenen haben jederzeit das Recht auf Auskunft über Ihre gespeicherten, personenbezogenen Daten, über deren Herkunft, Empfänger und den Zweck der Datenverarbeitung sowie ein Recht auf Berichtigung, Datenübertragung, Widerspruch, Einschränkung der Bearbeitung sowie Sperrung oder Löschung nicht mehr notwendiger oder unrichtiger oder unzulässig verarbeiteter Daten. Die Betroffenen verpflichten sich, dem Betreuungsunternehmen Änderungen ihrer persönlichen Daten mitzuteilen. Die Betroffenen haben jederzeit das Recht, eine etwaige außerhalb des

gegenständlichen Vertrages ausdrücklich erteilte Einwilligung zur Nutzung ihrer personenbezogenen Daten, die über die zur Durchführung und Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen hinausgeht, zu widerrufen.

Für die Erhebung der Daten ist das unter Pkt. 1.2. des gegenständlichen Vertrages genannte Betreuungsunternehmen verantwortlich. Die Betroffenen können ihre Rechte (z.B. Eingabe auf Auskunft, Löschung, Berichtigung, Widerspruch) gegenüber dem verantwortlichen Betreuungsunternehmen unter den in Pkt 1.2. genannten Kontaktdaten geltend machen.

Für den Fall, dass die Betroffenen der Auffassung sind, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten durch das Betreuungsunternehmen gegen das geltende Datenschutzrecht verstößt oder ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche in einer anderen Weise verletzt werden bzw. worden sind, besteht die Möglichkeit, sich bei der in Österreich als Aufsichtsbehörde zuständigen Datenschutzbehörde zu beschweren.

### 9.3. Datensicherheit

Der jeweilige Schutz der personenbezogenen Daten der Betroffenen hat durch das Betreuungsunternehmen durch entsprechende organisatorische und technische Vorkehrungen zu erfolgen. Diese Vorkehrungen betreffen insbesondere den Schutz vor unerlaubtem, rechtswidrigem oder auch zufälligem Zugriff, Verarbeitung, Verlust, Verwendung und Manipulation. Das Betreuungsunternehmen hat daher sicherzustellen, dass die Daten in einer Weise verarbeitet werden, die eine angemessene Sicherheit der personenbezogenen Daten gewährleistet.

### 9.4. Übermittlung von Daten an Dritte

Zur Erfüllung bzw. Vornahme der im gegenständlichen Vertrag vereinbarten Leistungen ist es erforderlich, dass die Daten der Betroffenen an die bei der Erfüllung der Verpflichtungen unter Punkt 3.(Leistungen), Punkt 4. (Handlungsleitlinien für Alltag und Notfall), Punkt 6.(Vertretung bei Verhinderung des Betreuungsunternehmens), Punkt 9. (Mitwirkungspflichten des Betreuungsunternehmens), bzw. bei Erforderlichkeit medizinischer Anordnungen mitwirkenden Personen, erfolgt. Dies betrifft insbesondere die folgenden Kategorien von Empfängern jeweils im Zusammenhang mit den von diesen zu erbringenden Leistungen: medizinische Einrichtungen, medizinisches

Fachpersonal, Pflegeeinrichtungen, Familienangehörige der zu betreuenden Person, Rettungsdienste, Versicherungsträger, Transportunternehmen, Behörden und Vertragspartner der zu betreuenden Person (z.B. Vermittlungsunternehmen).

Eine Weiterleitung der Daten hat jedoch ausschließlich auf Grundlage der DSGVO zu erfolgen und ist begrenzt durch die zur Erfüllung des gegenständlichen Betreuungsvertrages erforderlichen Zwecke oder einer etwaigen von den Betroffenen ausdrücklich erhaltenen, vorangehenden Einwilligung.

Manche der in den vorgenannten Empfängergruppen vertretenen Empfänger von personenbezogenen Daten könnten sich außerhalb von Österreich befinden und/oder die personenbezogenen Daten im Ausland verarbeiten. Das Datenschutzniveau in anderen Ländern entspricht unter Umständen nicht jenem in Österreich. Das Betreuungsunternehmen erklärt daher, die personenbezogenen Daten der Betroffenen nur in Länder, für welche die EU-Kommission entschieden hat, dass sie über ein angemessenes Datenschutzniveau verfügen, zu übermitteln, oder andernfalls Maßnahmen zu setzen, um zu gewährleisten, dass alle Empfänger ein angemessenes Datenschutzniveau haben (In diesem Fall hat das Betreuungsunternehmen mit den Empfängern Standardvertragsklauseln (2010/87/EC und 2004/915/EC) abzuschließen). Das Betreuungsunternehmen hat die Betroffenen im Vorhinein schriftlich darüber zu informieren, wenn es beabsichtigt, Daten an einen Empfänger in einem nicht zur EU zugehörigen Drittland weiterzugeben.

### 9.5. Bekanntgabe von Datenpannen

Das Betreuungsunternehmen hat sicherzustellen, dass Datenpannen frühzeitig erkannt und gegebenenfalls unverzüglich den Betroffenen, bzw. der zuständigen Aufsichtsbehörde (Datenschutzbehörde) unter Einbezug der jeweils betroffenen Datenkategorien, gemeldet werden.

### 9.6. Aufbewahrung der Daten

Das Betreuungsunternehmen erklärt die Daten der Betroffenen nicht länger aufzubewahren als dies zur Erfüllung der vertraglichen bzw. gesetzlichen Verpflichtungen und zur Abwehr allfälliger Haftungsansprüche erforderlich ist. Kriterien hierfür sind die gesetzlichen Fristen im Rechnungswesen, Steuer- und Zollrecht, im Vertragswesen, Arbeits- und Sozialrecht sowie auch branchenspezifische Fristen (z.B. beträgt die Pflicht zur Aufbewahrung des Haushaltsbuches sowie der Belege nach § 160 GewO 2 Jahre).

### 9.7. Weitergehende Informationspflicht des Betreuungsunternehmens

**Für den Fall, dass Daten der Betroffenen nicht durch das Betreuungsunternehmen selbst erhoben werden (z.B. durch das Vermittlungsunternehmen), hat das Betreuungsunternehmen die über die vorangehende Datenschutzerklärung hinausgehende Mitteilungspflicht nach Artikel 14 DSGVO zu beachten.**

## 10. Allgemeine Vertragsbestimmungen

10.1. An das Betreuungsunternehmen gerichtete Erklärungen, Anzeigen, etc. – ausgenommen Mängelanzeigen und Rücktrittserklärungen – bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform, somit einem Schriftstück samt Originalunterschrift (die Übermittlung via Telefax oder einfacher Email ist ausreichend).

10.2. Für Streitigkeiten aus diesem Vertrag wird als Gerichtsstand das jeweils sachlich zuständige Gericht jenes Ortes vereinbart, in dessen Sprengel sich der Wohnsitz des Auftraggebers befindet.

10.3. Auf diesen Vertrag ist ausschließlich österreichisches Recht anzuwenden.

10.4. Dieser Vertrag wird in einfacher Ausfertigung errichtet. Das Original erhält das Betreuungsunternehmen, der Auftraggeber erhält eine Kopie.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auftraggeber

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuungsunternehmen

**BETREUUNGSVERTRAG**

betreffend die „zu betreuende Person“:

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Email:

Telefonnummer:

Telefax:

**1. Persönliche Daten der Vertragspartner****1.1. Auftraggeber**

- Zu betreuende Person**
- Vertretung im Namen der zu betreuenden Person**  
(z.B. Erwachsenenvertreter, gesetzlicher Vertretung, Vorsorgevollmächtigter 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:

(der Nachweis ist in Kopie beizulegen)

Telefonnummer:

Email:

Telefax:

**1.2. Auftragnehmer, im Folgenden „Betreuungsunternehmen“ genannt**

Name / Firma:

Geburtsdatum / Firmenbuchnummer:

Anschrift / Sitz:

Email:

Telefax:

Telefonnummer:

**2. Vertragsgegenstand und Grundlagen des Betreuungsvertrages**

Gegenstand des Vertrages ist die Betreuung der zu betreuenden Person in deren Privathaushalt durch ein selbständiges Betreuungsunternehmen in Österreich.

- 2.1. Das Betreuungsunternehmen erklärt das Gewerbe der **Personenbetreuung** bei der jeweils für sie zuständigen Gewerbebehörde in Österreich angemeldet zu haben und während des gesamten Leistungszeitraums nicht ruhend zu stellen.
- 2.2. Bei gegenständlichem Vertrag handelt es sich um einen Dienstleistungsvertrag. Die zu betreuende Person beziehungsweise der Auftraggeber ist gegenüber dem Betreuungsunternehmen **nicht weisungsbefugt**. Die Art der (ordnungsgemäßen) Leistungserbringung ist dem Betreuungsunternehmen überlassen.

<b>3. Leistungen</b>	
<b>3.1. Leistungen <u>ohne</u> Vorliegen bestimmter Voraussetzungen</b> (Hinweis: Jene nachfolgenden Leistungen, die zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer vereinbart werden sollen, sind anzukreuzen)	
<input type="checkbox"/> <b>Haushaltsnahe Tätigkeiten</b> (Zubereitung von Mahlzeiten, Vornahme von Besorgungen, Reinigungstätigkeiten, Durchführung von Hausarbeiten, Durchführung von Botengängen, Sorgetragung für ein gesundes Raumklima, Betreuung von Pflanzen und Tieren, Wäscheversorgung - Waschen, Bügeln, Ausbessern). Hiervon <u>ausgenommen</u> sind:	
<input type="checkbox"/> <b>Unterstützung bei der Lebensführung</b> (Gestaltung des Tagesablaufs, Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen, Gesellschafterfunktion im Sinne von Gesellschaft leisten, Konversationen führen, gesellschaftliche Kontakte aufrechterhalten, Begleitung bei diversen Aktivitäten). Hiervon <u>ausgenommen</u> sind:	
<input type="checkbox"/> <b>Praktische Vorbereitung der zu betreuenden Person auf einen Ortswechsel</b> (z.B. Umzug, Verlegung, Transferierung). Hiervon <u>ausgenommen</u> sind:	
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige oben nicht erwähnte Leistungen</b> , wobei es sich nicht um <u>pflegerische Leistungen</u> der Basisversorgung, sowie um Leistungen wie etwa ärztliche, zahnärztliche, physiotherapeutische, ergotherapeutische, diätologische, logopädische, psychotherapeutische und gesundheitspsychologische Tätigkeiten handeln darf, <u>die ausschließlich Gesundheitsberufen vorbehalten sind</u> .	
<input type="checkbox"/> <b>Dokumentation:</b> Das Betreuungsunternehmen hat ein Haushaltsbuch zu führen über die erbrachten Leistungen und getätigten Ausgaben. Es ist verpflichtet die Belege für einen Zeitraum von zwei Jahren aufzubewahren. Über Anfragen der zu betreuenden Person bzw. des Auftraggebers hat das Betreuungsunternehmen eine Abschrift des Haushaltsbuches bzw. der Belegsammlung gegen Kostenersatz zur Verfügung zu stellen.	
<b>3.2. Leistungen <u>bei</u> Vorliegen bestimmter Voraussetzungen</b>	
<b>Hinweis: Ohne Vorliegen einer Anordnung und Einweisung dürfen die folgenden Tätigkeiten nur dann vereinbart werden, wenn aus medizinischer Sicht <u>keine Umstände</u> vorliegen, die eine <u>Anordnung oder Einweisung erforderlich</u> machen.</b>	
Solche <u>Umstände</u> können beispielsweise Störungen und Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates sowie auch Blut-, Herz-, Lungen- Zucker-, Stoffwechsel-, oder Infektionskrankheiten sein, aber auch Allergien, Operationen oder die Einnahme von Medikamenten an sich.	
Liegt ein solcher Umstand jedoch vor, darf eine der nachfolgenden pflegerischen Tätigkeiten lediglich über Anordnung bzw. unter Beiziehung von medizinischem Fachpersonal (Arzt oder Diplomierter Gesundheits- und Krankenschwester/ Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger) vereinbart und durchgeführt werden!	
Die zu betreuende Person bzw. der Auftraggeber hat <u>vor</u> Vereinbarung der hier angeführten pflegerischen Tätigkeiten sicherzustellen, dass das Betreuungsunternehmen über alle bekannten und aus medizinischer Sicht in Frage kommenden Umstände informiert und aufgeklärt wurde	
<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> , folgender Umstand liegt vor:  _____ <b>Liegt eine entsprechende Anordnung samt Einweisung durch medizinisches Fachpersonal vor?</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> , sohin werden die folgenden, davon abgedeckten Tätigkeiten vereinbart:	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> , es liegen <u>keine</u> derartigen Umstände vor, sodass <u>keine Anordnung oder Einweisung</u> eines medizinischen Fachpersonals <b>erforderlich</b> ist.  Es wird daher <u>ohne medizinische oder ärztliche Anordnung und/oder Einweisung</u> die Durchführung folgender pflegerischer Tätigkeiten vereinbart: <input type="checkbox"/> die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme;

<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung bei der Körperpflege;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung beim An- und Auskleiden;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen;</li></ul> <p>Gesamt wurden _____ Tätigkeiten angekreuzt.</p> <p><input type="radio"/> <b>Nein</b>, sohin sind Leistungen nach Beilage ./B2 unter Beiziehung medizinischen Fachpersonals festzulegen.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung bei der Körperpflege;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung beim An- und Auskleiden;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten;</li><li><input type="checkbox"/> die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen;</li></ul> <p>Gesamt wurden _____ Tätigkeiten angekreuzt.</p>
---	--

#### 4. Handlungsleitlinien für Alltag und Notfall

4.1. Das Betreuungsunternehmen verpflichtet sich im Notfall und bei erkennbarer Verschlechterung des Zustandsbildes der zu betreuenden Person (z.B. bei hohem Fieber, Schmerzen, Krankheit, Änderungen im Ess-, Trink- oder Schlafverhalten, Unruhe, Teilnahmslosigkeit, Verdauungsstörungen) die von der zu betreuenden Person bzw. dem Auftraggeber bekanntzugebenden Notfallkontakte zu verständigen. Dabei ist zu beachten, dass die anzugebenden Notfallkontakte mit der Verarbeitung ihrer Daten durch das Betreuungsunternehmen nachweislich (schriftlich dokumentiert und von diesen unterfertigt) einverstanden sind und vom Betreuungsunternehmen insbesondere entsprechend Art 13 DSGVO informiert werden.

4.2. Sowohl bei erkennbaren Verschlechterungen des Zustandsbildes, als auch im Notfall sind alle in der Situation erforderlichen, dem Wohle der zu betreuenden Person dienende Maßnahmen unter Achtung ihrer Integrität und Würde zu ergreifen. Insbesondere hat das Betreuungsunternehmen erforderlichenfalls einen Rettungsdienst zu verständigen.

Zusätzlich wird für den Notfall vereinbart:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die zu betreuende Person bzw. der Auftraggeber ist verpflichtet, alle für die Erfüllung der Handlungsleitlinien erforderlichen Informationen dem Betreuungsunternehmen mitzuteilen und den Zutritt in den Wohnbereich der zu betreuenden Person durch das Betreuungsunternehmen sicherzustellen.

4.3. **Angaben über Umstände oder Besonderheiten die bei den vereinbarten Tätigkeiten zu berücksichtigen sind** (z.B. Allergien oder Unverträglichkeiten):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 5. Leistungszeitraum / Beendigung des Vertrages

5.1. Beginn der Leistungserbringung erfolgt am \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ).

5.2. Vertragsdauer:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Laufzeit des Vertrages ist befristet zum \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ) und endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen (unbefristet).

### 5.3. Sonstige Beendigung des Vertrages

Der Betreuungsvertrag endet jedenfalls mit dem Tod der zu betreuenden Person, wobei das Betreuungsunternehmen in diesem Fall einen bereits im Voraus gezahlten Werklohn anteilig zu erstatten hat.

Der Betreuungsvertrag endet auch durch Insolvenz oder Auflösung des Betreuungsunternehmens (bzw. mit dem Tod des Einzelunternehmers).

Der Vertrag kann von beiden Vertragsteilen (auch bei einem befristeten Vertragsverhältnis) jeweils unter **Einhaltung einer zweiwöchigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendermonats** aufgelöst werden.

### 5.4. Die Leistungserbringung erfolgt in folgendem Zeitfenster / an folgenden Tagen / in folgenden Wochenintervallen:

Je Monat werden durchschnittlich \_\_\_\_\_ Stunden an Betreuungsleistungen erbracht.

Ergänzende Bemerkungen:

Die Durchführung der Tätigkeiten und die zeitliche Lage der Leistungserbringung hat sich grundsätzlich an den Bedürfnissen der zu betreuenden Person zu orientieren und ist gegebenenfalls mit sonstigen, ebenfalls beauftragten Betreuungsunternehmen abzustimmen.

## 6. Vertretung bei Verhinderung des Betreuungsunternehmens

Die Vertretung des Betreuungsunternehmens wird geregelt wie folgt: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Beistellung des Ersatzbetreuungsunternehmens durch das Betreuungsunternehmen:

Die Erbringung der vertraglichen Leistungen erfolgt tunlichst durch dasselbe (Ersatz-) Betreuungsunternehmen. Im Falle dessen Verhinderung (z.B. durch Krankheit der Mitarbeiter) ist das Betreuungsunternehmen berechtigt ein Ersatzbetreuungsunternehmen einzusetzen. Die Erbringung der vertraglichen Leistungen kann (in begründeten Fällen) im Vertretungswege geschehen

oder

- Beistellung des Ersatzbetreuungsunternehmens durch die zu betreuende Person bzw. durch den Auftraggeber

HINWEIS: Die Vornahme einer pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeit darf von der Vertretung (Ersatzbetreuungsunternehmen) ausschließlich nach entsprechender Einweisung und Anleitung durch medizinisches Fachpersonal im konkreten Fall erfolgen!

## 7. Werklohn und Fälligkeit

### 7.1. Der Werklohn für die Erbringung der vereinbarten Tätigkeiten (exkl. Umsatzsteuer und Barauslagen) beträgt monatlich:

€ \_\_\_\_\_

### 7.2. Sofern es sich beim Betreuungsunternehmen um einen Kleinunternehmer mit Sitz in Österreich handelt (Jahresumsatz nicht mehr als € 35.000,- netto), ist dieses grundsätzlich von der Umsatzsteuer befreit.

Handelt es sich um keinen Kleinunternehmer mit Sitz in Österreich beträgt die allenfalls zu entrichtende Umsatzsteuer:

€ \_\_\_\_\_

### 7.3. Der monatlich zu zahlende Gesamtbetrag beträgt sohin:

€ \_\_\_\_\_

### 7.4. Für die Entrichtung von Steuern und Beiträgen der Sozialversicherung hat das Betreuungsunternehmen selbst Sorge zu tragen.

### 7.5. Heilbehelfe, Heilmittel u.ä., die zur vereinbarten Versorgung der zu betreuenden Person erforderlich sind (Inkontinenzprodukte, Medikamente, Bandagen, etc.), stellen ersatzfähige Barauslagen dar und sind unter Übermittlung der Originalbelege in folgenden Zeiträumen abzurechnen \_\_\_\_\_ (z.B. monatlich, ¼ jährlich).

### 7.6. Das Betreuungsunternehmen verrichtet sämtliche Tätigkeiten selbständig und hat im Falle einer (wenn auch unverschuldeten) Verhinderung der Leistungserbringung keinen Anspruch auf Werklohn. Hat jedoch die Verhinderung ihren Ursprung in der Sphäre der zu betreuenden Person bzw. des Auftraggebers, bleibt der Anspruch auf Werklohn aufrecht.

### 7.7. Aufwendungen für Betriebsmittel, Eigenversorgung und Anreise stellen keine ersatzfähigen Barauslagen dar.

7.8. Der monatliche Werklohn ist zum \_\_\_\_\_ Tag (z.B. „1.“ oder „15.“ oder „letzten“) des jeweiligen Monats der Leistungserbringung **fällig** und mit 5-tägiger Nachfrist wie folgt zu entrichten:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- gegen Ausstellung einer Zahlungsbestätigung in bar, oder
- mit schuldbefreiender Wirkung ausschließlich auf folgendes Bankkonto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN / BIC: \_\_\_\_\_

7.9. Im Falle des Zahlungsverzugs werden **Verzugszinsen** in Höhe von 4 % p.A. veranschlagt. Überweisungsaufträge am Tag der Fälligkeit gelten als rechtzeitig.

## 8. Mitwirkungspflichten des Betreuungsunternehmens

Das Betreuungsunternehmen verpflichtet sich zwecks Stellung eines Antrages/Ansuchens auf Zuschuss aus dem Unterstützungsfond für Menschen mit Behinderung bei der zuständigen Stelle zur Herausgabe insbesondere folgender Nachweise und Dokumente:

1. Erklärung, dass auf Grund der selbständigen Erwerbstätigkeit eine Pflichtversicherung bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft jedenfalls auf Basis der Mindestbeitragsgrundlage besteht und die Einsatzzeit des Betreuungsunternehmens zumindest 48 Stunden wöchentlich beträgt,
2. Bestätigung des zuständigen Sozialversicherungsträgers über die Anmeldung des Betreuungsunternehmens (sofern es sich um ein Betreuungsunternehmen aus einem anderen EU-Mitgliedstaat handelt, ist ein Nachweis über die Anmeldung zur Sozialversicherung in diesem EU-Mitgliedsstaat sowie über die geleisteten Beiträge beizubringen),
3. Meldezettel des Betreuungsunternehmens,
4. Nachweis im Sinne des Bundespflegegesetzes, sofern vorhanden, über
  - eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der eines Heimhelfers entspricht (bzw. Nachweis eines Ausbildungsinstitutes über die Absolvierung eines Pflegekurses im Umfang von zumindest 200 Stunden Theorie und Praxis), oder
  - die sachgerechte Durchführung der Betreuung der zu betreuenden Person seit zumindest sechs Monaten (im Sinne des Hausbetreuungsgesetzes oder gemäß § 159 Gewerbeordnung 1994), oder
  - die Ausübung bestimmter pflegerischer und/oder ärztlicher Tätigkeiten nach Anordnung, Unterweisung und unter der Kontrolle eines diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegers bzw. Arztes (Befugnis gemäß § 3b oder § 15 Abs. 7 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes oder gemäß § 50b des Ärztegesetzes 1998).

## 9. Datenschutzerklärung

### 9.1. Personenbezogene Daten

Zur Durchführung der vertraglich vereinbarten Leistungen ist es erforderlich, dass die zu betreuende Person und deren Vertretung, bzw. ein von der zu betreuenden Person allenfalls abweichender Auftraggeber (die im Folgenden gemeinsam als „Betroffene“ bezeichnet werden) dem Betreuungsunternehmen die vorangehend auszufüllenden Daten bekannt geben. Die Nichtbereitstellung dieser Daten hätte zur Folge, dass vertraglich vereinbarte Leistungen vom Betreuungsunternehmen nicht erbracht werden können. „Betroffener“ ist auch jede andere Person, deren Daten im Rahmen des gegenständlichen Vertragsabschlusses allenfalls erhoben und/oder verarbeitet werden.

Das Betreuungsunternehmen erklärt, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten der Betroffenen nur soweit vorzunehmen, als es zur Durchführung und Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen aufgrund des gegenständlichen Vertrages erforderlich ist. Dies unter Einhaltung der datenschutz- und zivilrechtlichen Bestimmungen. Die diesbezügliche Rechtsgrundlage ergibt sich aus Art 6 Abs 1 lit. b) und c) DSGVO. Demnach ist die Verarbeitung rechtmäßig, wenn sie für die Erfüllung des mit den Betroffenen abgeschlossenen, gegenständlichen Vertrages oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Anfrage der Betroffenen erfolgen, oder zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist. Letzteres betrifft insbesondere die Abklärung medizinischer Anordnungen (vgl. Pkt 3.2. sowie § 1 Abs 4 HBeG), die Erstellung von Handlungsleitlinien für den Alltag und Notfall sowie die Zusammenarbeit mit den in die Pflege und Betreuung involvierten Personen (vgl. Pkt 4. sowie § 5 ff HBeG).

Im Hinblick auf die gegebenenfalls durch das Betreuungsunternehmen vorzunehmende Verarbeitung sensibler Gesundheitsdaten (siehe insb. Punkt 3.2.) ergibt sich die Zulässigkeit aufgrund von Art. 9 Abs 2 lit h) DSGVO, wonach die Verarbeitung dieser Daten – soweit erforderlich und gesetzlich geregelt (in diesem Fall insbesondere durch das GuKG und Ärztegesetz) - unter anderem für die Versorgung, Behandlung und Verwaltung von Systemen und Dienste im Gesundheits- oder Sozialbereich, zulässig ist. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass das Betreuungsunternehmen insbesondere gem. § 7 HBeG zur Verschwiegenheit über alle diesem in Ausübung seiner Tätigkeiten bekannt gewordenen oder anvertrauten Angelegenheiten verpflichtet ist. Dies gilt lediglich dann nicht, wenn das Betreuungsunternehmen von dem jeweils Betroffenen von der Verschwiegenheit befreit wurde oder sich eine Auskunftspflichtung aus gesetzlichen Bestimmungen ergibt.

### 9.2. Rechte der Betroffenen

Die Betroffenen haben jederzeit das Recht auf Auskunft über Ihre gespeicherten, personenbezogenen Daten, über deren Herkunft, Empfänger und den Zweck der Datenverarbeitung sowie ein Recht auf Berichtigung, Datenübertragung, Widerspruch, Einschränkung der Bearbeitung sowie Sperrung oder Löschung nicht mehr notwendiger oder unrichtiger oder unzulässig verarbeiteter Daten. Die Betroffenen verpflichten sich, dem Betreuungsunternehmen Änderungen ihrer persönlichen Daten mitzuteilen. Die Betroffenen haben jederzeit das Recht, eine etwaige außerhalb des

gegenständlichen Vertrages ausdrücklich erteilte Einwilligung zur Nutzung ihrer personenbezogenen Daten, die über die zur Durchführung und Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen hinausgeht, zu widerrufen.

Für die Erhebung der Daten ist das unter Pkt. 1.2. des gegenständlichen Vertrages genannte Betreuungsunternehmen verantwortlich. Die Betroffenen können ihre Rechte (z.B. Eingabe auf Auskunft, Löschung, Berichtigung, Widerspruch) gegenüber dem verantwortlichen Betreuungsunternehmen unter den in Pkt 1.2. genannten Kontaktdaten geltend machen.

Für den Fall, dass die Betroffenen der Auffassung sind, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten durch das Betreuungsunternehmen gegen das geltende Datenschutzrecht verstößt oder ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche in einer anderen Weise verletzt werden bzw. worden sind, besteht die Möglichkeit, sich bei der in Österreich als Aufsichtsbehörde zuständigen Datenschutzbehörde zu beschweren.

### 9.3. Datensicherheit

Der jeweilige Schutz der personenbezogenen Daten der Betroffenen hat durch das Betreuungsunternehmen durch entsprechende organisatorische und technische Vorkehrungen zu erfolgen. Diese Vorkehrungen betreffen insbesondere den Schutz vor unerlaubtem, rechtswidrigem oder auch zufälligem Zugriff, Verarbeitung, Verlust, Verwendung und Manipulation. Das Betreuungsunternehmen hat daher sicherzustellen, dass die Daten in einer Weise verarbeitet werden, die eine angemessene Sicherheit der personenbezogenen Daten gewährleistet.

### 9.4. Übermittlung von Daten an Dritte

Zur Erfüllung bzw. Vornahme der im gegenständlichen Vertrag vereinbarten Leistungen ist es erforderlich, dass die Daten der Betroffenen an die bei der Erfüllung der Verpflichtungen unter Punkt 3.(Leistungen), Punkt 4. (Handlungsleitlinien für Alltag und Notfall), Punkt 6.(Vertretung bei Verhinderung des Betreuungsunternehmens), Punkt 9. (Mitwirkungspflichten des Betreuungsunternehmens), bzw. bei Erforderlichkeit medizinischer Anordnungen mitwirkenden Personen, erfolgt. Dies betrifft insbesondere die folgenden Kategorien von Empfängern jeweils im Zusammenhang mit den von diesen zu erbringenden Leistungen: medizinische Einrichtungen, medizinisches

Fachpersonal, Pflegeeinrichtungen, Familienangehörige der zu betreuenden Person, Rettungsdienste, Versicherungsträger, Transportunternehmen, Behörden und Vertragspartner der zu betreuenden Person (z.B. Vermittlungsunternehmen).

Eine Weiterleitung der Daten hat jedoch ausschließlich auf Grundlage der DSGVO zu erfolgen und ist begrenzt durch die zur Erfüllung des gegenständlichen Betreuungsvertrages erforderlichen Zwecke oder einer etwaigen von den Betroffenen ausdrücklich erhaltenen, vorangehenden Einwilligung.

Manche der in den vorgenannten Empfängergruppen vertretenen Empfänger von personenbezogenen Daten könnten sich außerhalb von Österreich befinden und/oder die personenbezogenen Daten im Ausland verarbeiten. Das Datenschutzniveau in anderen Ländern entspricht unter Umständen nicht jenem in Österreich. Das Betreuungsunternehmen erklärt daher, die personenbezogenen Daten der Betroffenen nur in Länder, für welche die EU-Kommission entschieden hat, dass sie über ein angemessenes Datenschutzniveau verfügen, zu übermitteln, oder andernfalls Maßnahmen zu setzen, um zu gewährleisten, dass alle Empfänger ein angemessenes Datenschutzniveau haben (In diesem Fall hat das Betreuungsunternehmen mit den Empfängern Standardvertragsklauseln (2010/87/EC und 2004/915/EC) abzuschließen). Das Betreuungsunternehmen hat die Betroffenen im Vorhinein schriftlich darüber zu informieren, wenn es beabsichtigt, Daten an einen Empfänger in einem nicht zur EU zugehörigen Drittland weiterzugeben.

### 9.5. Bekanntgabe von Datenpannen

Das Betreuungsunternehmen hat sicherzustellen, dass Datenpannen frühzeitig erkannt und gegebenenfalls unverzüglich den Betroffenen, bzw. der zuständigen Aufsichtsbehörde (Datenschutzbehörde) unter Einbezug der jeweils betroffenen Datenkategorien, gemeldet werden.

### 9.6. Aufbewahrung der Daten

Das Betreuungsunternehmen erklärt die Daten der Betroffenen nicht länger aufzubewahren als dies zur Erfüllung der vertraglichen bzw. gesetzlichen Verpflichtungen und zur Abwehr allfälliger Haftungsansprüche erforderlich ist. Kriterien hierfür sind die gesetzlichen Fristen im Rechnungswesen, Steuer- und Zollrecht, im Vertragswesen, Arbeits- und Sozialrecht sowie auch branchenspezifische Fristen (z.B. beträgt die Pflicht zur Aufbewahrung des Haushaltsbuches sowie der Belege nach § 160 GewO 2 Jahre).

### 9.7. Weitergehende Informationspflicht des Betreuungsunternehmens

**Für den Fall, dass Daten der Betroffenen nicht durch das Betreuungsunternehmen selbst erhoben werden (z.B. durch das Vermittlungsunternehmen), hat das Betreuungsunternehmen die über die vorangehende Datenschutzerklärung hinausgehende Mitteilungspflicht nach Artikel 14 DSGVO zu beachten.**

## 10. Allgemeine Vertragsbestimmungen

10.1. An das Betreuungsunternehmen gerichtete Erklärungen, Anzeigen, etc. – ausgenommen Mängelanzeigen und Rücktrittserklärungen – bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform, somit einem Schriftstück samt Originalunterschrift (die Übermittlung via Telefax oder einfacher Email ist ausreichend).

10.2. Für Streitigkeiten aus diesem Vertrag wird als Gerichtsstand das jeweils sachlich zuständige Gericht jenes Ortes vereinbart, in dessen Sprengel sich der Wohnsitz des Auftraggebers befindet.

10.3. Auf diesen Vertrag ist ausschließlich österreichisches Recht anzuwenden.

10.4. Dieser Vertrag wird in einfacher Ausfertigung errichtet. Das Original erhält das Betreuungsunternehmen, der Auftraggeber erhält eine Kopie.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Auftraggeber

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuungsunternehmen

# Rechnung über die Leistungen der Personenbetreuung gem. § 159 GewO

Ausgestellt von:

---

---

---

(Auftragnehmer – Personenbetreuer/in)

Rechnung an:

---

---

---

(Auftraggeber – Pflegebedürftige Person/Bevollmächtigte)

Geschäftszahl/Datum der Gewerbeberechtigung: \_\_\_\_\_

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

**Fälligkeit: am Tag der Rechnungsausstellung**

Beschreibung der Leistung	Preis in €
Entsprechend unserer Vereinbarung / aufgrund des Werkvertrages (gem. § 159 GewO) erlaube ich mir, nachstehenden Betrag in Rechnung zu stellen:	
Erbrachte Leistung im Zeitraum von _____ bis _____	
Vereinbarter Betrag pro Tag: _____ €	
Anzahl der Tage: _____	
Gesamtbetrag für _____ Tage:	
Fahrtkostenersatz:	
weitere Zuschüsse:	
Summe:	

Dieser Betrag ist gem. §6 Abs. 1 Z 27 UStG umsatzsteuerfrei.

Betrag am \_\_\_\_\_ erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift

# Rechnung über die Leistungen der Personenbetreuung gem. § 159 GewO

Ausgestellt von:

---

---

---

(Auftragnehmer – Personenbetreuer/in)

Rechnung an:

---

---

---

(Auftraggeber – Pflegebedürftige Person/Bevollmächtigte)

Geschäftszahl/Datum der Gewerbeberechtigung: \_\_\_\_\_

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

**Fälligkeit: am Tag der Rechnungsausstellung**

Beschreibung der Leistung	Preis in €
Entsprechend unserer Vereinbarung / aufgrund des Werkvertrages (gem. § 159 GewO) erlaube ich mir, nachstehenden Betrag in Rechnung zu stellen:	
Erbrachte Leistung im Zeitraum von _____ bis _____	
Vereinbarter Betrag pro Tag: _____ €	
Anzahl der Tage: _____	
Gesamtbetrag für _____ Tage:	
Fahrtkostenersatz:	
weitere Zuschüsse:	
Summe:	

Dieser Betrag ist gem. §6 Abs. 1 Z 27 UStG umsatzsteuerfrei.

Betrag am \_\_\_\_\_ erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift

# Rechnung über die Leistungen der Personenbetreuung gem. § 159 GewO

Ausgestellt von:

---

---

---

(Auftragnehmer – Personenbetreuer/in)

Rechnung an:

---

---

---

(Auftraggeber – Pflegebedürftige Person/Bevollmächtigte)

Geschäftszahl/Datum der Gewerbeberechtigung: \_\_\_\_\_

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

**Fälligkeit: am Tag der Rechnungsausstellung**

Beschreibung der Leistung	Preis in €
Entsprechend unserer Vereinbarung / aufgrund des Werkvertrages (gem. § 159 GewO) erlaube ich mir, nachstehenden Betrag in Rechnung zu stellen:	
Erbrachte Leistung im Zeitraum von _____ bis _____	
Vereinbarter Betrag pro Tag: _____ €	
Anzahl der Tage: _____	
Gesamtbetrag für _____ Tage:	
Fahrtkostenersatz:	
weitere Zuschüsse:	
Summe:	

Dieser Betrag ist gem. §6 Abs. 1 Z 27 UStG umsatzsteuerfrei.

Betrag am \_\_\_\_\_ erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift

# Rechnung über die Leistungen der Personenbetreuung gem. § 159 GewO

Ausgestellt von:

---

---

---

(Auftragnehmer – Personenbetreuer/in)

Rechnung an:

---

---

---

(Auftraggeber – Pflegebedürftige Person/Bevollmächtigte)

Geschäftszahl/Datum der Gewerbeberechtigung: \_\_\_\_\_

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

**Fälligkeit: am Tag der Rechnungsausstellung**

Beschreibung der Leistung	Preis in €
Entsprechend unserer Vereinbarung / aufgrund des Werkvertrages (gem. § 159 GewO) erlaube ich mir, nachstehenden Betrag in Rechnung zu stellen:	
Erbrachte Leistung im Zeitraum von _____ bis _____	
Vereinbarter Betrag pro Tag: _____ €	
Anzahl der Tage: _____	
Gesamtbetrag für _____ Tage:	
Fahrtkostenersatz:	
weitere Zuschüsse:	
Summe:	

Dieser Betrag ist gem. §6 Abs. 1 Z 27 UStG umsatzsteuerfrei.

Betrag am \_\_\_\_\_ erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift

# Rechnung über die Leistungen der Personenbetreuung gem. § 159 GewO

Ausgestellt von:

---

---

---

(Auftragnehmer – Personenbetreuer/in)

Rechnung an:

---

---

---

(Auftraggeber – Pflegebedürftige Person/Bevollmächtigte)

Geschäftszahl/Datum der Gewerbeberechtigung: \_\_\_\_\_

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

**Fälligkeit: am Tag der Rechnungsausstellung**

Beschreibung der Leistung	Preis in €
Entsprechend unserer Vereinbarung / aufgrund des Werkvertrages (gem. § 159 GewO) erlaube ich mir, nachstehenden Betrag in Rechnung zu stellen:	
Erbrachte Leistung im Zeitraum von _____ bis _____	
Vereinbarter Betrag pro Tag: _____ €	
Anzahl der Tage: _____	
Gesamtbetrag für _____ Tage:	
Fahrtkostenersatz:	
weitere Zuschüsse:	
Summe:	

Dieser Betrag ist gem. §6 Abs. 1 Z 27 UStG umsatzsteuerfrei.

Betrag am \_\_\_\_\_ erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift

# Rechnung über die Leistungen der Personenbetreuung gem. § 159 GewO

Ausgestellt von:

---

---

---

(Auftragnehmer – Personenbetreuer/in)

Rechnung an:

---

---

---

(Auftraggeber – Pflegebedürftige Person/Bevollmächtigte)

Geschäftszahl/Datum der Gewerbeberechtigung: \_\_\_\_\_

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

**Fälligkeit: am Tag der Rechnungsausstellung**

Beschreibung der Leistung	Preis in €
Entsprechend unserer Vereinbarung / aufgrund des Werkvertrages (gem. § 159 GewO) erlaube ich mir, nachstehenden Betrag in Rechnung zu stellen:	
Erbrachte Leistung im Zeitraum von _____ bis _____	
Vereinbarter Betrag pro Tag: _____ €	
Anzahl der Tage: _____	
Gesamtbetrag für _____ Tage:	
Fahrtkostenersatz:	
weitere Zuschüsse:	
Summe:	

Dieser Betrag ist gem. §6 Abs. 1 Z 27 UStG umsatzsteuerfrei.

Betrag am \_\_\_\_\_ erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift



Für Kunden/innen

2.1.

# Vermittlungsvertrag

- ★ Der Standard- Vermittlungsvertrag wurde der Kund\*in beim Infogespräch im Original hinterlassen.
- ★ Hier befinden sich das Vermittlungsangebot und die von der Kund\*in unterzeichnete Angebotsannahme.



Für Kunden/innen

2.2.

# Kundenbesuchsprotokolle

- ★ Die Kundenbesuchsprotokolle werden im Rahmen der Kundenbesuche erstellt.
- ★ Kundenbesuche finden standardmäßig bei Betreuerneueinführungen und anlassbezogen bei Bedarf statt.



Für Kunden/innen

2.3.

# Förderanträge Behördenunterlagen Abmeldezettel

- ★ Förderanträge & Behördenunterlagen werden zur Beantragung der 24h Förderung benötigt.
- ★ Die Abmeldezettel samt Ausweiskopien dienen der Kund\*in zur nachträgl. Abmeldung einer Betreuer\*in.

An das  
Sozialministeriumservice  
Zentrale Poststelle  
Babenbergerstraße 5  
1010 Wien

Eingangsstempel

## ANSUCHEN

auf Gewährung eines Zuschusses zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung gemäß § 21b des Bundespflegegeldgesetzes

SELBSTÄNDIGE BETREUUNGSKRAFT

UNSELBSTÄNDIGE BETREUUNGSKRAFT

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

Daten der pflegebedürftigen Person		
Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
Kontaktperson:		Telefonnummer:
Daten der einschreitenden Person		
Nur auszufüllen, wenn die einschreitende Person nicht die pflegebedürftige Person ist		
Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
E-Mail:		
Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person		
Gesetzliche Erwachsenenvertretung		<input type="checkbox"/> ja
Gewählte Erwachsenenvertretung, Gerichtliche Erwachsenenvertretung oder Vertretungsvollmacht		<input type="checkbox"/> ja (bitte um Anschluss des Nachweises über Art und Umfang des Vertretungsverhältnisses)

Die pflegebedürftige Person bezieht ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz in Höhe der Stufe			<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
Wurde im Falle der Inanspruchnahme von zwei Betreuungskräften für den Zuwendungszeitraum eine begünstigte sozialversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger im Sinne der §§ 18b bzw. 77 Abs.6 ASVG oder 33 Abs.9 GSVG oder 28 Abs.6 BSVG in Anspruch genommen?							<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Nur auszufüllen, wenn die vorstehende Frage mit ja beantwortet wurde</b>								
<b>Daten des pflegenden Angehörigen/der pflegenden Angehörigen</b>								
Familienname/Nachname:			Vorname:			VSNR (Geburtsdatum):		
Anschrift:						Telefonnummer:		
<b>Einkommen der pflegebedürftigen Person</b>								
Das monatliche Netto-Einkommen beträgt: € (Als Einkommen gilt grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung. Nicht zum Einkommen zählen Pflegegeld oder vergleichbare Leistungen auf Grund bundes- oder landesgesetzlicher Vorschriften, Sonderzahlungen, Grundrenten nach den Sozialentschädigungsgesetzen, Versehrtenrenten oder vergleichbare Leistungen, Familienbeihilfen, Studienbeihilfen, Wohnbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld, Leistungen nach den Sozialhilfegesetzen der Länder oder vergleichbare Leistungen, Familienförderungen nach landesgesetzlichen Vorschriften).								
<b>Sorgepflichten der pflegebedürftigen Person für unterhaltsberechtignte Angehörige</b>								
<input type="checkbox"/> ja wenn ja, Anzahl und Verwandtschaftsverhältnis:								
<input type="checkbox"/> nein								

Wurde bei einer anderen Stelle (z.B. Land) eine gleichartige Förderung zur 24-Stunden-Betreuung beantragt oder zuerkannt?
<input type="checkbox"/> ja ab/seit _____ in Höhe von mtl. _____ von (Behörde, zuerkennende Stelle)
<input type="checkbox"/> nein

## ERKLÄRUNGEN

- 1) Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass
  - a) eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds nur unter den Bedingungen dieser Förderungsvereinbarung sowie der Förderungsrichtlinien zu § 21b BPGG gewährt wird und ich dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung für die Einhaltung dieser Bedingungen verantwortlich bin,
  - b) auf Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds kein Rechtsanspruch besteht;
  - c) Personen, die eine Pflegekarenz oder eine Pflegeteilzeit vereinbart haben, für die vereinbarte Dauer keine Förderung einer 24-Stunden-Betreuung beziehen können.
- 2) Ich verpflichte mich, die Zuwendung zurückzuzahlen, wenn
  - a) ich wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht habe,
  - b) die Zuwendung widmungswidrig verwendet wurde oder
  - c) die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung nicht oder nicht mehr möglich ist
  - d) ich die im Punkt 3a) festgelegten Melde- und Informationsverpflichtungen nicht eingehalten habe oder
  - e) sich die in Punkt 4 erstatteten Erklärungen als unzutreffend erweisen.
- 3) Ich verpflichte mich,
  - a) jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung zu ermöglichen und alle Änderungen und sonstigen Umstände, die Auswirkungen auf die Zuwendung haben könnten, unverzüglich zu melden.  
Die Meldeverpflichtung betrifft insbesondere folgende Änderungen:
    - Schriftliche Bekanntgabe des Wechsels der Betreuungskraft/Betreuungskräfte (bitte Wechselformular verwenden)
    - Änderung der PflegegeldEinstufung
    - Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalte, die länger als 3 Monate andauern
    - Abmeldung der Betreuungskraft/Betreuungskräfte von der sozialversicherungsrechtlichen Pflichtversicherung oder vom Wohnsitz der zu betreuenden Person
    - Beendigung des Betreuungsverhältnisses (z.B. wegen Übersiedlung in ein Pflegewohnheim oder Haus für Pensionistinnen/Pensionisten)
  - b) vollständige Aufzeichnungen über die Betreuungsverhältnisse zu führen  
(Name der Betreuungskraft, SV-Nr., erster und letzter Tag deren Tätigkeit vor Ort).
- 4) Ich erkläre hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind und erkläre weiters, dass eine Betreuung von Personen in deren Privathaushalten vorliegt, wobei die Betreuung im Rahmen einer selbständigen oder unselbständigen Erwerbstätigkeit erfolgt (siehe § 1 Abs. 1 Hausbetreuungsgesetz) sowie dass
  - a) bei Beschäftigung selbständig erwerbstätiger Betreuungskräfte  
auf Grund der selbständigen Erwerbstätigkeit der Betreuungsperson eine Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG im Mindestausmaß der für das jeweilige Versicherungsjahr geltenden Mindestbeitragsgrundlage besteht und die Einsatzzeit der Betreuungskraft mindestens 48 Stunden pro Woche beträgt,
  - b) bei Beschäftigung unselbständig erwerbstätiger Betreuungskräfte  
die vereinbarte Arbeitszeit mindestens 48 Stunden pro Woche und höchstens 128 Stunden in zwei aufeinander folgenden Wochen beträgt.
- 5) Sofern kein Ausbildungsnachweis oder eine fachspezifische Ermächtigung zu pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeiten der Betreuungskraft / der Betreuungskräfte vorliegt, ersuche ich um Gewährung der Förderung als Vorschuss.  
Ich erkläre mich bereit, einen Hausbesuch durch eine diplomierte Fachkraft innerhalb der nächsten Monate durchführen zu lassen.

- 6) Ich nehme zur Kenntnis, dass die Förderungsgewährung für ein und dieselbe Betreuungskraft innerhalb desselben Förderungszeitraumes (Kalendermonates) an mehreren Betriebsstandorten (etwa in zwei unterschiedlichen Standorten zweier unterschiedlicher Pflegebedürftiger) nicht möglich ist.
- 7) Ich ermächtige das Sozialministeriumservice, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.
- 8) Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialministeriumservice den Trägern der Sozialhilfe die unbedingt notwendigen Daten (Name, Adresse, Versicherungsnummer, Telefonnummer) zum Zweck einer möglichst ökonomischen Verwaltungsabwicklung sowie im Hinblick auf die finanzielle Abrechnung übermittelt.
- 9) Ich nehme zur Kenntnis, dass für den Fall des Umzuges der pflegebedürftigen Person oder des Zuschusswerbers bzw. der Zuschusswerberin in das Ausland Wien als vereinbarter Gerichtsstand gilt.
- 10) Im Zuge der Förderungsabwicklung werden die in § 21b Abs. 7 Bundespflegegeldgesetz angeführten Datenarten verarbeitet. Die Zuschussgewährung setzt eine Pflegebedürftigkeit voraus. Die entsprechenden Gesundheitsdaten gehören zu den besonderen Kategorien personenbezogener Daten im Sinne der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Ich nehme zur Kenntnis, dass die Verarbeitung der im und mit dem Ansuchen angegebenen Daten zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder bei Handlungen der Gerichte im Rahmen ihrer justiziellen Tätigkeit erforderlich sind und auf der Grundlage des Unionsrechts und des nationalen Rechts, das in angemessenem Verhältnis zu dem verfolgten Ziel steht, den Wesensgehalt des Rechts auf Datenschutz wahrt und angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Person vorsieht, aus Gründen eines erheblichen öffentlichen Interesses erforderlich ist und daher die Verarbeitung insbesondere gemäß Art. 9 Abs 2 lit f) und g) DSGVO zulässig ist.
- 11) Ich nehme zur Kenntnis, dass die Förderung im Wege einer Förderungsvereinbarung gewährt wird. Das Sozialministeriumservice ist Abwicklungsstelle, im Falle einer positiven Entscheidung ist der Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung Förderungsgeber. Die angeschlossenen Förderungsrichtlinien bilden einen integrierenden Bestandteil der Förderungsvereinbarung.

Der Zuschusswerber / Die Zuschusswerberin ist:

die pflegebedürftige Person, die im eigenen Namen auftritt

die pflegebedürftige Person, die rechtmäßig vertreten wird durch:

.....

(Vertretungsverhältnis gemäß Seite 1 des Ansuchens)

die einschreitende Person (gemäß Seite 1 des Ansuchens)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

**Daten der Betreuungskraft 1:**

Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Beginn des Betreuungsverhältnisses:	
Qualifikation: (Nachweise in Kopie anschließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers / einer Heimhelferin entspricht, liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal erteilt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vermittlung erfolgt durch die Agentur:		

**Erklärung der Betreuungskraft 1:**

Hiermit erkläre ich,

.....  
(Name der Betreuungskraft)

.....  
(Adresse der Betreuungskraft in Österreich)

- bei der Sozialversicherung der Selbständigen gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG pflichtversichert zu sein
- bei einem sonstigen Sozialversicherungsträger versichert zu sein  
Bezeichnung des Versicherungsträgers

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .....

- die Betreuung im Sinne der 24-Stunden-Betreuung ausschließlich für die oben genannte pflegebedürftige Person zu übernehmen.

Die Betreuungsleistungen sind Gegenstand eines Förderungsvertrages gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz. Im Zuge der Förderungsabwicklung müssen insbesondere bei Überprüfung der Förderungsvoraussetzungen die in § 21b Abs. 7 Bundespflegegeldgesetz angeführten Datenarten und somit auch Daten betreffend die Personenbetreuungskraft verarbeitet werden. Ich nehme die gesetzlichen Ermächtigungen gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz zur Kenntnis und weiters zur Kenntnis, dass die Verarbeitung meiner in der Erklärung angegebenen Daten für die Wahrnehmung einer Aufgabe im öffentlichen Interesse und zur Wahrung der berechtigten Interessen des Förderungsgebers und des Sozialministeriumservice als Abwicklungsstelle erforderlich ist.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift der Betreuungskraft)

**Daten der Betreuungskraft 2:**

Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Beginn des Betreuungsverhältnisses:	
Qualifikation: (Nachweise in Kopie anschließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers / einer Heimhelferin entspricht, liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal erteilt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vermittlung erfolgt durch die Agentur:		

**Erklärung der Betreuungskraft 2:**

Hiermit erkläre ich,

.....  
(Name der Betreuungskraft)

.....  
(Adresse der Betreuungskraft in Österreich)

- bei der Sozialversicherung der Selbständigen gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG pflichtversichert zu sein
- bei einem sonstigen Sozialversicherungsträger versichert zu sein  
Bezeichnung des Versicherungsträgers

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .....

- die Betreuung im Sinne der 24-Stunden-Betreuung ausschließlich für die oben genannte pflegebedürftige Person zu übernehmen.

Die Betreuungsleistungen sind Gegenstand eines Förderungsvertrages gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz. Im Zuge der Förderungsabwicklung müssen insbesondere bei Überprüfung der Förderungsvoraussetzungen die in § 21b Abs. 7 Bundespflegegeldgesetz angeführten Datenarten und somit auch Daten betreffend die Personenbetreuungskraft verarbeitet werden. Ich nehme die gesetzlichen Ermächtigungen gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz zur Kenntnis und weiters zur Kenntnis, dass die Verarbeitung meiner in der Erklärung angegebenen Daten für die Wahrnehmung einer Aufgabe im öffentlichen Interesse und zur Wahrung der berechtigten Interessen des Förderungsgebers und des Sozialministeriumservice als Abwicklungsstelle erforderlich ist.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift der Betreuungskraft)

## Folgende Unterlagen sind dem Ansuchen in Kopie anzuschließen bzw. nachzureichen:

- Nachweis über das Einkommen der pflegebedürftigen Person
- Nachweise über allfällige Unterhaltsverpflichtungen der pflegebedürftigen Person
- bei einer Betreuungskraft aus einem anderen EU-Mitgliedstaat ein Nachweis über die
  - allenfalls bestehende Sozialversicherung in diesem EU-Staat (Formular A 1 / E 101)
  - Einsatzzeit der Betreuungskraft von mindestens 48 Stunden pro Woche
- zutreffendenfalls Ausbildungsnachweis oder fachspezifische Ermächtigung der Betreuungsperson(en) durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal
- zutreffendenfalls Nachweis über die Art und Umfang des Vertretungsverhältnisses für die pflegebedürftige Person

*Sie können zu einem rascheren Verfahrensablauf beitragen, indem Sie dem Ansuchen das zuletzt erstellte Gutachten über den Pflegegeldanspruch anschließen.*

## Ansuchenstellung

Das Ansuchen ist in zeitlicher Nähe zur Begründung des Betreuungsverhältnisses einzubringen. Das Ansuchen ist in zeitlicher Nähe zum Beginn des Betreuungsverhältnisses eingebracht, wenn es spätestens in dem Monat einlangt, das auf den Beginn des Betreuungsverhältnisses folgt. Bei später einlangenden Ansuchen ist eine Förderung frühestens mit Beginn des Monats vor der Antragstellung möglich.

Bitte übermitteln Sie Ihr Ansuchen an folgende Anschrift:

Sozialministeriumservice  
Zentrale Poststelle  
Babenbergerstraße 5  
1010 Wien

Für Auskünfte steht Ihnen die in Ihrem Bundesland eingerichtete Landesstelle des Sozialministeriumservice gerne zur Verfügung.

### **Landesstelle Burgenland**

Neusiedler Straße 46  
7000 Eisenstadt  
Tel. 02682 / 64 046

### **Landesstelle Oberösterreich**

Gruberstraße 63  
4021 Linz  
Tel. 0732 / 76 04-0

### **Landesstelle Tirol**

Herzog Friedrichstraße 3  
6020 Innsbruck  
Tel. 0512 / 56 31 01

### **Landesstelle Kärnten**

Kumpfgasse 23 – 25  
9020 Klagenfurt am Wörthersee  
Tel. 0463 / 58 64-0

### **Landesstelle Salzburg**

Auerspergstraße 67a  
5020 Salzburg  
Tel. 0662 / 88 983-0

### **Landesstelle Vorarlberg**

Rheinstraße 32/3  
6900 Bregenz  
Tel. 05574 / 68 38

### **Landesstelle Niederösterreich**

*Standort Wien*  
Babenbergerstraße 5  
1010 Wien  
Tel. 01 / 588 31

### **Landesstelle Steiermark**

Babenbergerstraße 35  
8020 Graz  
Tel. 0316 / 70 90

### **Landesstelle Wien**

Babenbergerstraße 5  
1010 Wien  
Tel. 01 / 588 31

**Telefon österreichweit 05 99 88**

## KONTOERKLÄRUNG

<b>24 Stunden-Betreuung</b>	<b>Pflegegeldbezieher / Pflegegeldbezieherin:</b>
	<b>Versicherungsnummer:</b>

<b>Daten des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin</b>	
Name	
SVNR / Geb.Datum	
Anschrift	

Kreditinstitut	
<b>BIC *</b>	
<b>IBAN *</b>	

\* Die Angabe von BIC und IBAN ist für eine rasche Verarbeitung der Kontodaten unbedingt erforderlich

Ich beantrage hiermit, die mir vom Sozialministeriumservice gewährte Förderung bis auf weiteres auf das oben angeführte Konto zu überweisen.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass im Falle meines Ablebens alle diesem Konto nach dem Todestage gutgebrachten Geldleistungen des Sozialministeriumservice auf das Postscheckkonto des Unterstützungsfonds rücküberwiesen werden.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin  
bzw Zeichnungsberechtigten/Zeichnungsberechtig-  
ter

Wir erklären ausdrücklich unser Einverständnis, im Falle des Ablebens des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin alle diesem Konto nach dem Todestage gutgebrachten Geldleistungen aus dem Unterstützungsfonds auf das Konto des Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung IBAN: AT76 6000 0000 0600 0949 rückzuüberweisen. Wir nehmen zur Kenntnis, dass derartige Beträge kein in den Nachlass fallendes Guthaben darstellen.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Stempel und Unterschriften der Kreditunternehmung

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die Überweisung laufender Zahlungen auf das angegebene Konto erst nach Vorlage einer von Ihrem Kreditinstitut unterfertigten Kontoerklärung erfolgen kann.



Für Personenbetreuer/innen

3.1.

# Anwesenheitsliste

## Verlaufsbericht

### Was war das Schönste...?

- ★ Betreuer\*innen tragen hier ihre Anwesenheiten bei der Kund\*in ein.
- ★ Im Verlaufsbericht werden alle wesentlichen, gesundheitlichen Veränderungen der Kund\*in dokumentiert.













# Was war das Schönste am heutigen Tag?

*Liebe Betreuer\*innen! Wir hoffen, dass Sie gemeinsam mit unseren gemeinsamen Kunden/innen einige schöne Momente erleben und auch manchmal sich selbst etwas Gutes tun!*

*Das Wohlbefinden der Kunden\*innen und ihr eigenes ist sehr wichtig! Daher haben wir nun einen Platz vorgesehen, an welchem Sie diese schönen Momente dokumentieren können.*

*Besonders würden wir uns auch freuen, wenn Sie die schönsten Momente mit uns teilen würden und uns diese per e-mail an [office@lebens-werte.at](mailto:office@lebens-werte.at) zukommen lassen würden. Dies natürlich nur mit dem Einverständnis Ihrer Kunden\*innen.*

*Eurer Team von LebensWerte Seniorenbetreuung*

Ihr schöner Moment

Datum & HZ



Für Personenbetreuer/innen

3.2.

# Individualisierte Tätigkeitsbeschreibung

## Anordnungsblatt

für delegationspflichtige Tätigkeiten

## Standards

zur Durchführung delegationspflichtiger Tätigkeiten

- ★ In der individualisierten Tätigkeitsbeschreibung sind alle Tätigkeiten nach ATLS strukturiert, welche die Betreuer\*innen bei der Kund\*in erbringen sollen.
- ★ Im Anordnungsblatt für delegationspflichtige Tätigkeiten sind alle Maßnahmen ausgewiesen, die an Betreuer\*innen bei der Kund\*in delegiert wurden.

Betreute Person:

DGKP:

Datum:

ATL	Maßnahmen	Anmerkung der anordnenden DGKP	SOP
Bewegen	<input type="checkbox"/> Unterstützung beim Transfer <input type="checkbox"/> Sturzprophylaxe, Vorgehen bei Sturz <input type="checkbox"/> Positionierung/Druckentlastung <input type="checkbox"/> Bewegungsübungen <input type="checkbox"/> Umgang mit Rollator/Rollstuhl/Gehgestell/Krücke <input type="checkbox"/> Thromboseprophylaxe <input type="checkbox"/> Beobachtung Haut <input type="checkbox"/> Umgang mit Antidekubitusmatratze/Pflegebett		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sich waschen & pflegen, kleiden	<input type="checkbox"/> Mundhygiene/Zahnprothesenpflege <input type="checkbox"/> Intertrigoprophyllaxe <input type="checkbox"/> Intimpflege <input type="checkbox"/> Übernahme der Ganzkörperpflege <input type="checkbox"/> Verwendung spezieller Pflegeprodukte <input type="checkbox"/> Nagelpflege		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Essen Trinken	<input type="checkbox"/> Spezielle Kostform (Diät/Konsistenz) <input type="checkbox"/> Umgang PEG/J <input type="checkbox"/> Essen/Trinken eingeben <input type="checkbox"/> Blutzuckermanagement <input type="checkbox"/> Aspirationsprophylaxe <input type="checkbox"/> Mangel/Übernährung berücksichtigen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ausscheidung	<input type="checkbox"/> Umgang Inkontinenzeinlage/Schutzhose <input type="checkbox"/> Kontinenztraining <input type="checkbox"/> Hygiene Pilzbefall <input type="checkbox"/> Umgang mit zweiteiligem Stoma <input type="checkbox"/> Umgang Dauerkatheter/suprapubischer Katheter <input type="checkbox"/> Obstipationsprophylaxe <input type="checkbox"/> Umgang Urinalkondom		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Für Sicherheit sorgen	<input type="checkbox"/> Med.-verabreichung - oral/ocular/nasal <input type="checkbox"/> Med.-verabreichung - subkutan <input type="checkbox"/> Med.-verabreichung - transdermal/vaginal/rektal <input type="checkbox"/> Med.-verabreichung -mörsern <input type="checkbox"/> Med.-verabreichung - Insulinschema <input type="checkbox"/> Freiheitseinschränkende Maßnahmen <input type="checkbox"/> Umgang mit medizinischem Sauerstoff <input type="checkbox"/> Einfacher Verbandswechsel <input type="checkbox"/> Antithrombosestrümpfe an/ausziehen <input type="checkbox"/> Vitalwerte messen*/Blutzucker messen <input type="checkbox"/> Verhalten bei Selbst/Fremdgefährdung <input type="checkbox"/> Orientierung unterstützen		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sinn finden	<input type="checkbox"/> Schmerzbeobachtung <input type="checkbox"/> Begleitung im Sterbeprozess		

Die oben angekreuzten Maßnahmen wurden mir von einer DGKP erklärt und gezeigt. Ich werde Sie entsprechend der Vorgaben durchführen und die Durchführung im Durchführungsnachweis mit einem Kreuz bei der entsprechenden ATL dokumentieren. Ich werde mich umgehend bei der delegierenden DGKP melden, wenn sich der Zustand der zu betreuenden Person verschlechtert, ich die delegierten Maßnahmen nicht umsetzen kann, oder eine Ärzt\*in eine neue Anordnung gegeben hat.

Personenbetreuer*in  _____ Name  _____ Unterschrift& Datum				
--	--	--	--	--



Für Personenbetreuer/innen

3.3.

## Durchführungsnachweis

von Betreuungs- und delegationspflichtige Pflgetätigkeiten

# Medikamenteneinnahme & Vitalwerte

## Protokoll

Betreuungserschwerender Umstände

- ★ Hier sind alle Dokumentationen zusammengefasst, welche von Betreuer\*innen geführt werden.
- ★ Betreuer\*innen sind sowohl gewerblich, als auch im Rahmen von Delegationen verpflichtet, ihre Tätigkeiten zu dokumentieren.





























Qualitätssicherung in der Pflege

4.1.

# Situationserhebungsbogen

- ★ Der Situationserhebungsbogen enthält alle von der Kund\*in beim Infogespräch erhobenen Informationen und Rahmenbedingungen der Betreuung.
- ★ Er wird von der DGKP im Rahmen der Pflegeassessments überprüft und aktualisiert.



Qualitätssicherung in der Pflege

4.2.

# Pflegeassessments

Betreuungsstart & laufende Betreuung

- ★ Die Pflegeassessments werden zu Betreuungsstart und einmal pro Quartal von einer DGKP durchgeführt.
- ★ Sie beinhalten auch eine Risikoeinschätzung und die Abklärung eines potenziellen Delegationsbedarfs.

Zu betreuende Person:

DGKP:

## Pflegeanamnese

Die in der Situationserhebung/bei der letzten QS vom \_\_\_\_\_ erhobenen Daten wurden vor Ort überprüft und mit Ausnahme von folgenden Ergänzungen bzw. Abweichungen bestätigt:

- Situationserhebungsbogen wurde angepasst
- Ein Audio-/Videofile wurde zu Dokumentationszwecken erstellt

Pfl.St.

Anmerkungen:

## Anmerkungen zum Delegationsbedarf

Die Einschätzung des Delegationsbedarfs vom \_\_\_\_\_ gibt den aktuellen Status wieder.

Klass.

- Delegationsbedarf gegeben  pflegerisch  ärztlich

Die zu betreuende Person und die Personenbetreuer\*in nehmen zur Kenntnis, dass im Falle eines erhobenen Delegationsbedarfs, die entsprechenden Tätigkeiten von der Personenbetreuer\*in nur im Rahmen einer ärztlichen oder pflegerischen Delegation durchgeführt werden dürfen.

- ärztliche Anordnung fehlt  Formular Einholung von der Hausärzt\*in vorbereitet

Delegation

- besteht für: \_\_\_\_\_
- wurde erteilt an: \_\_\_\_\_

- bei Übernahme durch Angehörige oder Externe Dienste

Der/die Kund\*in bzw. gesetzliche Vertreter\*in bestätigt die Übernahme der delegationspflichtigen Tätigkeiten durch Angehörige/Externe Dienste.

## Zusätzliche Handlungsempfehlungen im Rahmen des Case & Care Management

- (Medizinische) Hauskrankenpflege  Pflegegelderhöhungsantrag stellen
- Physio/Logo/Ergotherapie hinzuziehen  barrierefreie Anpassungen/Umbauten:
- Anschaffung von Pflegehilfsmitteln:  Arzt/Facharztkontrolle:
- Mobiles Palliativteam  Angehörigengespräch:
- 

Zu betreuende Person:

DGKP:

(gesetzl. Vertreter\*in)

Personenbetreuer\*in:

Datum:

Zu betreuende Person:

DGKP:

ATL	Risikodiagnosen	Selbstfürsorge-defizit	Durchführungsrisiken bei Übernahme	Delegationsbedarf
Bewegen	<input type="checkbox"/> Dekubitus	Jones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Transfer <input type="checkbox"/> Positionierung <input type="checkbox"/> Bewegungsübungen <input type="checkbox"/> Umgang mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> keine delegationspfl. Tätigkeiten
	<input type="checkbox"/> Sturz			<input type="checkbox"/> Übernahme del.pfl. Tätigkeiten <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Externe
	<input type="checkbox"/> Kontrakturen			<input type="checkbox"/> Delegationsbedarf <input type="checkbox"/> ärztlich <input type="checkbox"/> pflegerisch
	<input type="checkbox"/> Thrombose			
Sich waschen, pflegen, kleiden	<input type="checkbox"/> Intertrigo	Jones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Mundhygiene <input type="checkbox"/> Intertrigoprophylaxe <input type="checkbox"/> Intimpflege <input type="checkbox"/> Übernahme der Ganzkörperpflege	<input type="checkbox"/> keine delegationspfl. Tätigkeiten
	<input type="checkbox"/> Parodontitis			<input type="checkbox"/> Übernahme del.pfl. Tätigkeiten <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Externe
	<input type="checkbox"/> Verwahrlosung			<input type="checkbox"/> Delegationsbedarf <input type="checkbox"/> ärztlich <input type="checkbox"/> pflegerisch
	<input type="checkbox"/> Hautdefekt/Wunde			
Essen Trinken	<input type="checkbox"/> Mangel-/Überernährung	Jones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Spezielle Kostform (Diät, Konsistenz) <input type="checkbox"/> Umgang PEG/J <input type="checkbox"/> Essen/Trinken eingeben <input type="checkbox"/> Blutzuckermanagement	<input type="checkbox"/> keine delegationspfl. Tätigkeiten
	<input type="checkbox"/> Schluckstörung			<input type="checkbox"/> Übernahme del.pfl. Tätigkeiten <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Externe
	<input type="checkbox"/> Aspiration			<input type="checkbox"/> Delegationsbedarf <input type="checkbox"/> ärztlich <input type="checkbox"/> pflegerisch
	<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsdefizit			
Ausscheidung	<input type="checkbox"/> Obstipation	Jones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Umgang Inkontinenzhilfsmittel <input type="checkbox"/> Kontinenztraining <input type="checkbox"/> Intimhygiene (z.B. Pilzinfektion) <input type="checkbox"/> Umgang mit Stoma <input type="checkbox"/> Umgang harnableitende Systeme	<input type="checkbox"/> keine delegationspfl. Tätigkeiten
	<input type="checkbox"/> Infektionsrisiko			<input type="checkbox"/> Übernahme del.pfl. Tätigkeiten <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Externe
	<input type="checkbox"/> Inkontinenz			<input type="checkbox"/> Delegationsbedarf <input type="checkbox"/> ärztlich <input type="checkbox"/> pflegerisch
Für Sicherheit sorgen	<input type="checkbox"/> Behandlungsempfehlung unwirksame Handhabung	Jones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Medikamentenverabreichung; Mörsern/Subc. Injektion/Insulinschema <input type="checkbox"/> einfacher Verbandswechsel <input type="checkbox"/> Vitalwerte messen <input type="checkbox"/> Antithrombosestrümpfe <input type="checkbox"/> Freiheitseinschränkende Maßnahme	<input type="checkbox"/> keine delegationspfl. Tätigkeiten
	<input type="checkbox"/> Fremdgefährdung			<input type="checkbox"/> Übernahme del.pfl. Tätigkeiten <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Externe
	<input type="checkbox"/> Selbstgefährdung			<input type="checkbox"/> Delegationsbedarf <input type="checkbox"/> ärztlich <input type="checkbox"/> pflegerisch
	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit			
Sinn finden	<input type="checkbox"/> Schmerz	Jones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Schmerzmanagement	<input type="checkbox"/> keine delegationspfl. Tätigkeiten
				<input type="checkbox"/> Übernahme del.pfl. Tätigkeiten <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Externe
				<input type="checkbox"/> Delegationsbedarf <input type="checkbox"/> ärztlich <input type="checkbox"/> pflegerisch

Anmerkungen:

Datum:

DGKP:



Qualitätssicherung in der Pflege

4.3.

# Angebot

zur Bereitstellung fachpflegerischer Tätigkeiten

- ★ Sollten fachpflegerische Tätigkeiten erforderlich sein, wird der Kund\*in von der DGKP ein Angebot zu deren Durchführung gemacht. Bei einer Ablehnung wird die Kund\*in über die rechtlichen und vertraglichen Konsequenzen aufgeklärt.

## Angebot zur Bereitstellung von fachpflegerischen Tätigkeiten

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

I. Der/die DGKP \_\_\_\_\_ hat am \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

im Rahmen des Pflegeassessments folgende Anforderungen festgestellt:

- Es liegen delegationspflichtige Tätigkeiten vor, welche die Personenbetreuer\*in nur nach pflegerischer/ärztlicher Anleitung & Unterweisung durchführen darf: \_\_\_\_\_
- Für die Subdelegation ärztlicher Tätigkeiten wird eine ärztliche Anordnung benötigt.
- Es werden andere fachpflegerische Tätigkeiten benötigt: \_\_\_\_\_

II. Der/Die DGKP bietet der zu betreuenden Person daher folgende Serviceleistungen im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit zu den unten angeführten Konditionen an:

- Delegation
- Case-Management
- Hauskrankenpflege
- Individuelle Vereinbarung: \_\_\_\_\_

Voraussichtlich erforderliches Besuchsintervall

- einmalig
  - bei Betreuer\*innenwechsel
  - \_\_\_\_\_
  - 1 x Woche
  - 1 x 14 tägig
  - 1 x Monat
- Die Dauer des erforderlichen Besuchsintervalls kann sich, abhängig von der Entwicklung des Gesundheitszustandes in weiterer Folge verlängern oder verkürzen.

Honorar

Standardhonorar 65 Euro

Beinhaltet 15min Fahrtzeit und Fahrtkosten sowie eine Dauer von 15-60 min. Bei einer Dauer von über 60 min werden pro angefangene 15min 10 Euro zusätzlich verrechnet.

Individuelle Vereinbarung: \_\_\_\_\_

III. Angebotsannahme

- Die Kund\*in/gesetzliche Vertreter\*in nimmt das oben angeführte Angebot vollumfänglich an.
- Die Kund\*in/gesetzliche Vertreter\*in lehnt das oben angeführte Angebot ab.

Bei Angebotsablehnung trotz Vorliegens von delegationspflichtigen Tätigkeiten

Liegen delegationspflichtige Tätigkeiten vor und wird von der Kund\*in/der gesetzlichen Vertreter\*in eine Anleitung & Unterweisung abgelehnt, wird die Kundin darauf hingewiesen, dass diese von einer anderen dafür berechtigten Person durchzuführen ist. Solange dies nicht der Fall ist, gilt als vereinbart, dass die betreuungsbedürftige Person oder ihre gesetzlichen Vertreter die delegationspflichtigen Tätigkeiten selbst durchführen oder organisieren und diese Tätigkeiten von der Leistungspflicht seitens der Personenbetreuer\*in und dem Vermittlungsumfang von Lebenswerte Seniorenbetreuung explizit ausgenommen sind.

Die Kund\*in/gesetzliche Vertreter\*in versucht die Delegationen von der Hausärzt\*in zu bekommen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kund\*in/gesetzliche Vertreter\*in

\_\_\_\_\_  
Datum

- Die zu betreuende Person/gesetzliche Vertreter\*in lehnt das Angebot ohne Unterschrift ab.
- Die zu betreuende Person ist nicht entscheidungsfähig.
- Die gesetzliche Vertreter\*in ist nicht vor Ort und telefonisch nicht erreichbar.
- Die gesetzliche Vertreter\*in \_\_\_\_\_ beauftragt fernmündlich die DGKP.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift DGKP

\_\_\_\_\_  
Datum



Qualitätssicherung in der Pflege

4.4.

# Delegationen

von pflegerischen & ärztlichen Tätigkeiten

- ★ Delegationen sind schriftliche Ermächtigungen für Betreuer\*innen durch Arzt oder DGKP, ärztl. und/oder pfleg. Tätigkeiten durchzuführen. Liegt ein Delegationsbedarf vor, dürfen Betreuer\*innen die delegationspflichtigen Tätigkeiten nicht ohne Delegation durchführen.

# Delegation von pflegerischen Tätigkeiten

## Subdelegation ärztlicher Tätigkeiten

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Personenbetreuer\*in: \_\_\_\_\_

Delegierende DGKP: \_\_\_\_\_

### Delegierte Pflegetätigkeiten in folgenden ATL

- Bewegung
- Waschen/Kleiden
- Ernährung
- Ausscheidung
- Für Sicherheit Sorgen
- Sinn finden

### Anmerkungen

Maßnahmen laut Anordnungsblatt für delegationspflichtige Tätigkeiten\* vom: \_\_\_\_\_ Datum

### Weitere Delegationen

### Subdelegierte ärztl. Tätigkeit

### Anmerkungen

### Verweis auf Anordnungen

- | Subdelegierte ärztl. Tätigkeit                         | Anmerkungen |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Medikamentenverabreichung     |             |
| <input type="checkbox"/> Vitalwertemessung             |             |
| <input type="checkbox"/> S.C. Injektionen              |             |
| <input type="checkbox"/> Verbandwechsel 1              |             |
| <input type="checkbox"/> ATS                           |             |
| <input type="checkbox"/> FEM                           |             |
| <input type="checkbox"/> Umgang Peg/J Sonde            |             |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit zweiteiligem Stoma |             |
| <input type="checkbox"/> Umgang harnableitende Systeme |             |

Durchführung der delegierten Maßnahmen laut aktueller ärztlicher Anordnung i.V.m. dem Anordnungsblatt für delegationspflichtige Tätigkeiten.\*

Die Subdelegation wird VORBEHALTLICH der Ausstellung einer noch ausständigen ärztlichen Anleitung erteilt. Die DGKP wird über die erfolgte Ausstellung von den Unterzeichnenden informiert.

- Die DGKP hat sich vergewissert, dass die Personenbetreuer\*in die Fähigkeit zur Durchführung der delegierten Tätigkeiten hat.
- Die Personenbetreuer\*in wurde zur Durchführung dieser Tätigkeiten angeleitet und unterwiesen.
- Die PB wurde über die Dokumentations- und Informationspflicht informiert.
- Die Personenbetreuer\*in kann die Delegation ablehnen, tut sie das nicht, stimmt sie der Delegation ausdrücklich zu!
- Die zu betreuende Person stimmt ausdrücklich der Delegation zu.

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Gesetzliche Vertreter\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Personenbetreuer\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Delegierende DGKP: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Delegation von pflegerischen Tätigkeiten

## Subdelegation ärztlicher Tätigkeiten

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Personenbetreuer\*in: \_\_\_\_\_

Delegierende DGKP: \_\_\_\_\_

### Delegierte Pflegetätigkeiten in folgenden ATL

- Bewegung
- Waschen/Kleiden
- Ernährung
- Ausscheidung
- Für Sicherheit Sorgen
- Sinn finden

### Anmerkungen

Maßnahmen laut Anordnungsblatt für delegationspflichtige Tätigkeiten\* vom: \_\_\_\_\_ Datum

### Weitere Delegationen

### Subdelegierte ärztl. Tätigkeit

### Anmerkungen

### Verweis auf Anordnungen

- | Subdelegierte ärztl. Tätigkeit                         | Anmerkungen |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Medikamentenverabreichung     |             |
| <input type="checkbox"/> Vitalwertemessung             |             |
| <input type="checkbox"/> S.C. Injektionen              |             |
| <input type="checkbox"/> Verbandwechsel 1              |             |
| <input type="checkbox"/> ATS                           |             |
| <input type="checkbox"/> FEM                           |             |
| <input type="checkbox"/> Umgang Peg/J Sonde            |             |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit zweiteiligem Stoma |             |
| <input type="checkbox"/> Umgang harnableitende Systeme |             |

Durchführung der delegierten Maßnahmen laut aktueller ärztlicher Anordnung i.V.m. dem Anordnungsblatt für delegationspflichtige Tätigkeiten.\*

Die Subdelegation wird VORBEHALTLICH der Ausstellung einer noch ausständigen ärztlichen Anleitung erteilt. Die DGKP wird über die erfolgte Ausstellung von den Unterzeichnenden informiert.

- Die DGKP hat sich vergewissert, dass die Personenbetreuer\*in die Fähigkeit zur Durchführung der delegierten Tätigkeiten hat.
- Die Personenbetreuer\*in wurde zur Durchführung dieser Tätigkeiten angeleitet und unterwiesen.
- Die PB wurde über die Dokumentations- und Informationspflicht informiert.
- Die Personenbetreuer\*in kann die Delegation ablehnen, tut sie das nicht, stimmt sie der Delegation ausdrücklich zu!
- Die zu betreuende Person stimmt ausdrücklich der Delegation zu.

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Gesetzliche Vertreter\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Personenbetreuer\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Delegierende DGKP: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Delegation von ärztlichen Tätigkeiten

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Personenbetreuer\*in: \_\_\_\_\_

Anordnende Ärzt\*in: \_\_\_\_\_

Delegierte ärztl. Tätigkeit	Anmerkungen	Verweis auf ärztl. Anordnung
<input type="checkbox"/> Medikamentenverabreichung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blutdruckkontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pulskontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blutzuckerkontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> S.C. Injektionen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verbandwechsel		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anti-Thrombose-Strümpfe		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Weitere Anordnung		<input type="checkbox"/>

## Weitere Delegationen

## Evaluierung

Termin: _____	Termin: _____	Termin: _____	Termin: _____
---------------	---------------	---------------	---------------

- Die Ärzt\*in hat sich vergewissert, dass die Personenbetreuer\*in die Fähigkeit zur Durchführung der angeordneten Tätigkeiten hat.
- Die Personenbetreuer\*in wurde zur Durchführung dieser Tätigkeiten angeleitet und unterwiesen.
- Die Personenbetreuer\*in wurde über die Dokumentations- und Informationspflicht informiert.
- Die Personenbetreuer\*in kann die Delegation ablehnen, tut sie das nicht, stimmt sie der Delegation ausdrücklich zu!
- Die zu betreuende Person stimmt ausdrücklich der Delegation zu.

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Gesetzl. Vertreter\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Personenbetreuer\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anordnende Ärzt\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Delegation von ärztlichen Tätigkeiten

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Personenbetreuer\*in: \_\_\_\_\_

Anordnende Ärzt\*in: \_\_\_\_\_

Delegierte ärztl. Tätigkeit	Anmerkungen	Verweis auf ärztl. Anordnung
<input type="checkbox"/> Medikamentenverabreichung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blutdruckkontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pulskontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blutzuckerkontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> S.C. Injektionen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verbandwechsel		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anti-Thrombose-Strümpfe		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Weitere Anordnung		<input type="checkbox"/>

## Weitere Delegationen

## Evaluierung

Termin: _____	Termin: _____	Termin: _____	Termin: _____
---------------	---------------	---------------	---------------

- Die Ärzt\*in hat sich vergewissert, dass die Personenbetreuer\*in die Fähigkeit zur Durchführung der angeordneten Tätigkeiten hat.
- Die Personenbetreuer\*in wurde zur Durchführung dieser Tätigkeiten angeleitet und unterwiesen.
- Die Personenbetreuer\*in wurde über die Dokumentations- und Informationspflicht informiert.
- Die Personenbetreuer\*in kann die Delegation ablehnen, tut sie das nicht, stimmt sie der Delegation ausdrücklich zu!
- Die zu betreuende Person stimmt ausdrücklich der Delegation zu.

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Gesetzl. Vertreter\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Personenbetreuer\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anordnende Ärzt\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Delegation von ärztlichen Tätigkeiten

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Personenbetreuer\*in: \_\_\_\_\_

Anordnende Ärzt\*in: \_\_\_\_\_

Delegierte ärztl. Tätigkeit	Anmerkungen	Verweis auf ärztl. Anordnung
<input type="checkbox"/> Medikamentenverabreichung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blutdruckkontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pulskontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blutzuckerkontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> S.C. Injektionen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verbandwechsel		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anti-Thrombose-Strümpfe		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Weitere Anordnung		<input type="checkbox"/>

## Weitere Delegationen

## Evaluierung

Termin: _____	Termin: _____	Termin: _____	Termin: _____
---------------	---------------	---------------	---------------

- Die Ärzt\*in hat sich vergewissert, dass die Personenbetreuer\*in die Fähigkeit zur Durchführung der angeordneten Tätigkeiten hat.
- Die Personenbetreuer\*in wurde zur Durchführung dieser Tätigkeiten angeleitet und unterwiesen.
- Die Personenbetreuer\*in wurde über die Dokumentations- und Informationspflicht informiert.
- Die Personenbetreuer\*in kann die Delegation ablehnen, tut sie das nicht, stimmt sie der Delegation ausdrücklich zu!
- Die zu betreuende Person stimmt ausdrücklich der Delegation zu.

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Gesetzl. Vertreter\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Personenbetreuer\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anordnende Ärzt\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Delegation von ärztlichen Tätigkeiten

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Personenbetreuer\*in: \_\_\_\_\_

Anordnende Ärzt\*in: \_\_\_\_\_

Delegierte ärztl. Tätigkeit	Anmerkungen	Verweis auf ärztl. Anordnung
<input type="checkbox"/> Medikamentenverabreichung		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blutdruckkontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pulskontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blutzuckerkontrolle		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> S.C. Injektionen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verbandwechsel		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anti-Thrombose-Strümpfe		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Weitere Anordnung		<input type="checkbox"/>

## Weitere Delegationen

## Evaluierung

Termin: _____	Termin: _____	Termin: _____	Termin: _____
---------------	---------------	---------------	---------------

- Die Ärzt\*in hat sich vergewissert, dass die Personenbetreuer\*in die Fähigkeit zur Durchführung der angeordneten Tätigkeiten hat.
- Die Personenbetreuer\*in wurde zur Durchführung dieser Tätigkeiten angeleitet und unterwiesen.
- Die Personenbetreuer\*in wurde über die Dokumentations- und Informationspflicht informiert.
- Die Personenbetreuer\*in kann die Delegation ablehnen, tut sie das nicht, stimmt sie der Delegation ausdrücklich zu!
- Die zu betreuende Person stimmt ausdrücklich der Delegation zu.

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Gesetzl. Vertreter\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Personenbetreuer\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anordnende Ärzt\*in: \_\_\_\_\_  
Unterschrift



Qualitätssicherung in der Pflege

4.5.

# Ärztliche Anordnungen & Medikamentenlisten

- ★ Die ärztlichen Anordnungen sind sehr wichtig, da sie die inhaltliche und rechtliche Basis für die Subdelegation ärztlicher Tätigkeiten darstellen.
- ★ Fehlen diese Anordnungen, kann auch eine DGKP nicht die erforderlichen ärztl. Tätigkeiten delegieren.



# Ärztliche Anordnungen

anordnende Ärzt\*in \_\_\_\_\_

Zu betreuende Person: \_\_\_\_\_

Anordnung	Ausführungshinweis	Anordnungsdatum	HZ	Absetzungsdatum	HZ
Blutdruckkontrolle					
Pulskontrolle					
Gewichtskontrolle					
Blutzuckerkontrolle					
S.C. Injektionen					
ATS					

<b>Verbandwechsel</b>				
-----------------------	--	--	--	--

Wundlokalisierung:	
Wechselhäufigkeit:	
Reinigung:	
Wundumgebung:	
Wundaufgabe:	
Schutzverband:	