



24-Stunden PERSONENBETREUUNG

## AUFTRAG

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

an die Kooperationspartner:  
AIW k.s., Šustekova 49, 85104 Bratislava und  
DGKP Miksch Andreas Pflegeagentur St. Sebastian e.U., Schlossberggasse 7, 2114 Hornsburg  
**KONTAKT: Tel: 0800 222 800, Fax: 00421-2-67202022, E-Mail: [st.sebastian@aiv.or.at](mailto:st.sebastian@aiv.or.at)**

gewünschter Betreuungsbeginn (tt/mm/jjjj) / /

Langzeitbetreuung  Kurzzeitbetreuung (max. 21 Tage) von / bis

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

Vorname

Name

Geb. Datum

SV Nr

Straße

PLZ

Ort

Bezirk

Bundesland

Tel/ Fax

Pflegestufe

Familienstand

Letzter Beruf

Medizinische Diagnosen

Infektiöse Krankheit  Nein  Ja, welche

Gewicht kg Größe cm

Hausarzt/in Tel / Fax

Adresse

**Zusätzliche Person im gemeinsamen Betreuungshaushalt (Name)**

Verwandtschaftsverhältnis

Benötigt die zusätzliche Person:

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

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

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

Sonstige Anmerkungen:

**Auftraggeber/in**

- |  |          |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Klient/in selbst                        | Name     |
| <input type="checkbox"/> Erwachsenenvertreter/in                 | Straße   |
| <input type="checkbox"/> Angehörige/r, Verwandtschaftsverhältnis | PLZ/ Ort |
| <input type="checkbox"/> Vertrauensperson                        | Tel/ Fax |
|  | Mobil    |
|  | E-Mail   |

**Nächste/r Angehörige/r**

Name  
Tel/Fax

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

(Privat/ Spital/ Behörde/ Werbung) Kontakt

**Wichtiger Hinweis:**

Der/die Auftraggeber/in erklärt sein/ihr Einverständnis, dass bei dem/der Klient/in zum ehest möglichen Termin nach der Auftragserteilung eine Anamnese erfolgen wird. Dem/der Auftraggeber/in steht binnen 14 Werktagen ab Auftragserteilung ohne Angabe von Gründen ein Rücktrittsrecht zu. Ein Rücktritt wird nur dann anerkannt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der angegebenen Frist schriftlich bei AIW eingegangen ist. Sollte bei einem/einer Klienten/in trotz zeitgerecht erfolgter Rücktrittserklärung bereits eine Anamnese erfolgt sein, verpflichtet sich der/die Auftraggeber/in der Pflegeagentur St.Sebastian die entstandenen Kosten in Höhe von 60 € binnen 7 Tagen nach Rechnungslegung zu ersetzen. Im Zusammenhang mit diesen Anamnese-kosten verpflichtet sich der/die Auftraggeber/in, die Firma AIW gegenüber der Pflegeagentur St.Sebastian schad- und klaglos zu halten. Der/die Auftraggeber/in bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der oben angeführten Daten, insbesondere der Gesundheitsdaten und stimmt deren EDV mäßiger Verarbeitung durch die Pflegeagentur St.Sebastian und AIW zu, zum Zweck:

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

Die Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

**Wo soll die Anamnese stattfinden?**

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

Datum/Ort

.....  
Unterschrift Auftraggeber/in