



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, 851 04 Bratislava und SMIR, Breitenfurterstr. 455, 1230 Wien

**KONTAKT: Tel: 0800 222 800, Fax: 00421-2-67202022, E-Mail: [smir@aiw.or.at](mailto:smir@aiw.or.at)**

gewünschter Betreuungsbeginn (tt/mm/jjjj) / /

Langzeitbetreuung       Kurzzeitbetreuung (max. 21 Tage) von      bis

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

Vorname      Name

Geb. Datum      SV Nr

Straße      PLZ

Ort      Bezirk

Bundesland      Tel/ Fax

Pflegestufe      Familienstand

Letzter Beruf

Medizinische Diagnosen laut Arztbefund

Infektiöse Krankheit       Nein       Ja, welche

Gewicht      kg      Größe      cm

Hausarzt/in      Tel / Fax

Adresse

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

Verwandtschaftsverhältnis

Benötigt die zusätzliche Person:

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

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

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

Ja  Nein

**Sonstige Anmerkungen:**

**Auftraggeber/in**

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

**Nächste Ansprechperson \***

Name  
Tel/Fax

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

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

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

(Privat/ Spital/ Behörde/ Werbung) Kontakt

**Wichtiger Hinweis:**

Der/die Auftraggeber/in erklärt sein/ihr Einverständnis, dass bei dem/der Klient/in zum ehest möglichen Termin nach der Auftragserteilung eine Anamnese erfolgen wird. Dem/der Auftraggeber/in steht binnen 14 Werktagen ab Auftragserteilung ohne Angabe von Gründen ein Rücktrittsrecht zu. Ein Rücktritt wird nur dann anerkannt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der angegebenen Frist schriftlich bei AIW eingegangen ist. Sollte bei einem/einer Klienten/in trotz zeitgerecht erfolgter Rücktrittserklärung bereits eine Anamnese erfolgt sein, verpflichtet sich der/die Auftraggeber/in dem Verein SMIR die entstandenen Kosten in Höhe von 60 € binnen 7 Tagen nach Rechnungslegung zu ersetzen. Im Zusammenhang mit diesen Anamnesekosten verpflichtet sich der/die Auftraggeber/in, die Firma AIW gegenüber dem Verein SMIR 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 den Verein SMIR 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