



BEILAGE ./B2 - ERFORDERNIS MEDIZINISCHER ANORDNUNGEN (DE/RO)

<p>1. Persönliche Daten der zu betreuenden Person</p> <table border="1"><tr><td>Name:</td><td></td></tr><tr><td>Geburtsdatum:</td><td></td></tr><tr><td>Anschrift:</td><td></td></tr><tr><td>Tel.Nr.</td><td></td></tr><tr><td>E-Mail:</td><td></td></tr></table> <p>2. Persönliche Daten der Vertragspartner</p> <p>2.1. Auftraggeber</p> <p><input type="checkbox"/> Zu betreuende Person</p> <p><input type="checkbox"/> Vertreter im Namen der zu betreuenden Person (z.B. Sachwalter, gesetzlicher Vertreter, Vorsorgebevollmächtigter etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Eine andere Person zugunsten der zu betreuenden Person (z.B. Angehöriger, Vertrauensperson)</p> <table border="1"><tr><td>Name:</td><td></td></tr><tr><td>Geburtsdatum:</td><td></td></tr><tr><td>Anschrift:</td><td></td></tr><tr><td>Tel.Nr.</td><td></td></tr><tr><td>E-Mail:</td><td></td></tr></table> <p>2.2. Auftragnehmer (Betreuungsunternehmen)</p> <table border="1"><tr><td>Name:</td><td></td></tr><tr><td>Geburtsdatum:</td><td></td></tr><tr><td>Anschrift:</td><td></td></tr><tr><td>Tel.Nr.:</td><td></td></tr><tr><td>E-Mail:</td><td></td></tr></table>	Name:		Geburtsdatum:		Anschrift:		Tel.Nr.		E-Mail:		Name:		Geburtsdatum:		Anschrift:		Tel.Nr.		E-Mail:		Name:		Geburtsdatum:		Anschrift:		Tel.Nr.:		E-Mail:		<p>1. Date personale ale persoanei aflate în îngrijire</p> <table border="1"><tr><td>Nume:</td><td></td></tr><tr><td>Data nașterii:</td><td></td></tr><tr><td>Adresă:</td><td></td></tr><tr><td>Nr. de telefon:</td><td></td></tr><tr><td>E-Mail:</td><td></td></tr></table> <p>2. Date personale ale partenerului contractual</p> <p>2.1. Beneficiar</p> <p><input type="checkbox"/> Persoană aflată în îngrijire</p> <p><input type="checkbox"/> Reprezentant al persoanei aflate în îngrijire (de ex., tutore, reprezentant legal, persoana împuternicită cu îngrijirea etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> O altă persoană în numele persoanei aflate în întreținere (de ex., aparținător, persoană de încredere)</p> <table border="1"><tr><td>Nume:</td><td></td></tr><tr><td>Data nașterii:</td><td></td></tr><tr><td>Adresă:</td><td></td></tr><tr><td>Nr. De telefon:</td><td></td></tr><tr><td>E-mail:</td><td></td></tr></table> <p>2.2. Contractor (prestator servicii de îngrijire)</p> <table border="1"><tr><td>Nume:</td><td></td></tr><tr><td>Data nașterii:</td><td></td></tr><tr><td>Adresă:</td><td></td></tr><tr><td>Nr. De telefon:</td><td></td></tr><tr><td>E-mail:</td><td></td></tr></table>	Nume:		Data nașterii:		Adresă:		Nr. de telefon:		E-Mail:		Nume:		Data nașterii:		Adresă:		Nr. De telefon:		E-mail:		Nume:		Data nașterii:		Adresă:		Nr. De telefon:		E-mail:	
Name:																																																													
Geburtsdatum:																																																													
Anschrift:																																																													
Tel.Nr.																																																													
E-Mail:																																																													
Name:																																																													
Geburtsdatum:																																																													
Anschrift:																																																													
Tel.Nr.																																																													
E-Mail:																																																													
Name:																																																													
Geburtsdatum:																																																													
Anschrift:																																																													
Tel.Nr.:																																																													
E-Mail:																																																													
Nume:																																																													
Data nașterii:																																																													
Adresă:																																																													
Nr. de telefon:																																																													
E-Mail:																																																													
Nume:																																																													
Data nașterii:																																																													
Adresă:																																																													
Nr. De telefon:																																																													
E-mail:																																																													
Nume:																																																													
Data nașterii:																																																													
Adresă:																																																													
Nr. De telefon:																																																													
E-mail:																																																													



<p>3. Folgende Tätigkeiten sollen vereinbart werden:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 3.1. die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme<input type="checkbox"/> 3.2. die Unterstützung bei der Körperpflege<input type="checkbox"/> 3.3. die Unterstützung beim An- und Auskleiden<input type="checkbox"/> 3.4. die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten<input type="checkbox"/> 3.5. die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen<input type="checkbox"/> 3.6. die Verabreichung von Arzneimitteln<input type="checkbox"/> 3.7. das Anlegen von Bandagen und Verbänden<input type="checkbox"/> 3.8. die Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln<input type="checkbox"/> 3.9. die Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens<input type="checkbox"/> 3.10. einfache Wärme- und Lichtenwendungen<input type="checkbox"/> 3.11. eine andere einzelne pflegerische oder ärztliche Tätigkeit, sofern diese zu den vorgenannten Tätigkeiten einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad, sowie vergleichbare Anforderungen an die erforderliche Sorgfalt aufweist. Bei dieser anderen ärztlichen oder pflegerischen Tätigkeit handelt es sich um: <p>Gesamt wurden (unter Pkt 3.) ____ Tätigkeiten angekreuzt.</p>	<p>3. Vor fi convenite următoarele activități:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 3.1. ajutorul acordat la administrarea orală a alimentelor, lichidelor și a medicamentelor<input type="checkbox"/> 3.2. ajutorul acordat la îngrijirea corporală<input type="checkbox"/> 3.3. ajutorul acordat la îmbrăcare și dezbrăcare<input type="checkbox"/> 3.4. ajutorul acordat la utilizarea toaletei sau a scaunului WC de cameră, inclusiv asistența acordată la schimbarea produselor de incontinență urinară<input type="checkbox"/> 3.5. ajutorul acordat la ridicare, așezare, întinderea în pat și mers<input type="checkbox"/> 3.6. administrarea tratamentului medicamentos<input type="checkbox"/> 3.7. aplicarea bandajelor<input type="checkbox"/> 3.8. administrarea injecțiilor subcutanate cu insulină și injecțiilor subcutanate anticoagulante<input type="checkbox"/> 3.9. prelevarea sângelui în vederea determinării nivelului glicemiei cu ajutorul bandulețelor de testare<input type="checkbox"/> 3.10. aplicații simple de căldură și lumină<input type="checkbox"/> 3.11. altă activitate de îngrijire sau medicală, dacă are un grad de dificultate asemănător cu cele indicate anterior și prezintă cerințe comparative în ceea ce privește atenția necesară în desfășurarea ei. În ceea ce privește această activitate de îngrijire sau medicală este vorba despre: <p>În total (la pct. 3.) au fost bifate _____ activități.</p>
<p>4. Folgenden Fragen sind von einem medizinischen Fachpersonal (Arzt oder einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege) - Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester"/"Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger" - im Beisein der Vertragsparteien zu klären und auszufüllen:</p>	<p>4. Următoarele chestiuni vor fi clarificate și completate de către personalul medical de specialitate (medic sau aparținător al Serviciului medical și de îngrijire) – „Asistent medical licențiat”/„Îngrijitor medical licențiat“ - în prezența părților contractuale:</p>



4.1. Persönliche Daten des medizinischen Fachpersonals	4.1. Date personale ale personalului medical de specialitate
Name:	Nume:
Anschrift:	Adresă:
Tel.Nr.:	Nr. de telefon:
E-Mail:	E-Mail:
4.2. Übertragung einfacher pflegerischer Tätigkeiten (IS § 3b Abs 2 GuKG) an das Betreuungsunternehmen:	4.2. Delegarea unor activități simple de îngrijire (IS § 3b par. 2 GuKG* (*Legea ce reglementează profesia de asistent medical) către Prestatorul de servicii de îngrijire persoane:
Bei folgenden Tätigkeiten liegen aus medizinischer Sicht Umstände vor, aufgrund derer für die Durchführung durch das Betreuungsunternehmen eine Anordnung durch medizinisches Fachpersonal erforderlich ist:	În cazul următoarelor activități din punct de vedere medical există circumstanțe, pentru care pentru desfășurarea lor de către Prestatorul de servicii de îngrijire persoane este nevoie de o autorizație din partea personalului medical de specialitate:
zu 3.1. Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme	La 3.1. Ajutorul acordat la administrarea orală a alimentelor, lichidelor și a medicamentelor
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
zu 3.2. Unterstützung bei der Körperpflege	La 3.2. Ajutorul acordat la îngrijirea corporală
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
zu 3.3. Unterstützung beim An- und Auskleiden	La 3.3. Ajutorul acordat la îmbrăcare și dezbrăcare
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
zu 3.4. Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten	La 3.4. Ajutorul acordat la utilizarea toaletei sau a scaunului WC de cameră inclusiv asistența acordată la schimbarea produselor de incontinență
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
zu 3.5. Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen	La 3.5. Ajutorul acordat la ridicare, așezare, întinderea în pat și mers
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
Gesamt wurden (unter Pkt 4.2.) _____ Tätigkeiten mit „ja“ angekreuzt.	În total la pct. 4.2. au fost bifate _____ activități cu „da“.



<p>4.3. Aus Pkt 4.2. ergeben sich nach hinlänglicher Erörterung folgende erforderliche Anordnungen:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>4.3. După explicațiile detaliate de la pct. 4.2. rezultă următoarele autorizații necesare:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4.4. Die Durchführung folgender weiterer Pflegemaßnahmen (§ 14 Abs 2 Z 4 GuKG) wird angeordnet:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>4.4. Se autorizează luarea următoarelor măsuri de îngrijire (§ 14 par. 2 Z 4 GuKG):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4.5. Dauer der obigen Anordnung(en):</p> <p><input type="checkbox"/> befristet bis einschließlich:</p> <p><input type="checkbox"/> unbefristet.</p> <p>HINWEIS: Jedenfalls endet die Anordnung mit Beendigung des Betreuungsverhältnisses! Die Anordnung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden, wenn dies aus Gründen der Qualitätssicherung oder auf Grund der Änderung des Zustandsbildes der zu betreuenden Person erforderlich ist. In begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, kann der Widerruf auch mündlich erfolgen. In diesen Fällen ist der Widerruf unverzüglich, längstens jedoch innerhalb von 24 Stunden, schriftlich zu dokumentieren.</p>	<p>4.5. Durata autorizației (autorizațiilor) de mai sus:</p> <p><input type="checkbox"/> pe o durată limitată de timp, până inclusiv la data de:</p> <p><input type="checkbox"/> pe o durată nelimitată de timp.</p> <p>INDICAȚIE: Autorizația încetează odată cu încetarea relației de îngrijire! Autorizația poate fi anulată oricând în scris, dacă acest lucru este necesar din motiv de asigurare a calității sau pe motiv de modificare a stării de sănătate a persoanei aflate în îngrijire. În cazuri justificate și dacă sunt asigurate lipsa ambiguității și a dubiilor, anularea poate fi făcută și pe cale orală. În aceste cazuri anularea trebuie documentată în scris în termen de cel mult 24 de ore.</p>
<p>4.6. Übertragung von Tätigkeiten nach Maßgabe ärztlicher Anordnung an das Betreuungsunternehmen (§ 15 Abs 7 GuKG, § 50b ÄrzteG):</p>	<p>4.6. Transferarea unor activități în funcție de autorizația medicală către Prestatorul de servicii de îngrijire persoane (§ 15 par. 7 GuKG, § 50b ÄrzteG* (*Legea ce reglementează profesia de medic)):</p>



<p><input type="checkbox"/> zu 3.6. Verabreichung von Arzneimitteln</p> <p><input type="checkbox"/> zu 3.7. Anlegen von Bandagen und Verbänden</p> <p><input type="checkbox"/> zu 3.8. Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln</p> <p><input type="checkbox"/> zu 3.9. Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens</p> <p><input type="checkbox"/> zu 3.10. einfache Wärme- und Lichtanwendungen</p> <p><input type="checkbox"/> zu 3.11. eine andere einzelne ärztliche Tätigkeit, sofern diese zu den vorgenannten Tätigkeiten einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad, sowie vergleichbare Anforderungen an die erforderliche Sorgfalt aufweist. Bei dieser anderen ärztlichen Tätigkeit handelt es sich um:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Gesamt wurden (unter Pkt 4.6.) _____ Tätigkeiten angekreuzt.</p> <p>Hinweis: Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen entsprechend den Regelungen über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich nach § 15 Abs. 1 bis 4 GuKG nachfolgende Tätigkeiten im Einzelfall an Betreuungsunternehmen (im Sinne des § 3b GuKG) weiter zu übertragen.</p> <p>4.7. Aus Pkt 4.6. ergeben sich nach hinlänglicher Erörterung folgende erforderliche Anordnungen:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> la 3.6. administrarea de tratament medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> la 3.7. aplicarea de bandaje</p> <p><input type="checkbox"/> la 3.8. administrarea de injecții subcutanate cu insulină și injecții subcutanate anticoagulante</p> <p><input type="checkbox"/> la 3.9. prelevarea de sânge în vederea determinării nivelului glicemiei cu ajutorul benzilor de testare</p> <p><input type="checkbox"/> la 3.10. aplicații simple de căldură și lumină</p> <p><input type="checkbox"/> la 3.11. altă activitate medicală, dacă are un grad de dificultate asemănător cu cele indicate anterior, și prezintă cerințe comparative în ceea ce privește atenția necesară în desfășurarea ei.</p> <p>La această activitate medicală este vorba despre:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>În total (la pct. 4.6.) au fost bifate _____ activități.</p> <p>Indicație: În cadrul domeniului de activități coresponsabile personalul din cadrul Serviciului medical și de îngrijire are dreptul să transfere următoarele activități către Prestatorul de servicii de îngrijire persoane conform autorizațiilor medicale și a reglementărilor în domeniul activităților coresponsabile conform § 15 par. 1 până la 4 GuKG (în sensul § 3b GuKG).</p> <p>4.7. După explicații detaliate de la pct. 4.6. rezultă următoarele autorizații necesare:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--



<p>4.8. Dauer der Anordnung nach Pkt. 4.6. und Pkt. 4.7.:</p> <p><input type="checkbox"/> befristet bis einschließlich: _____</p> <p><input type="checkbox"/> unbefristet.</p> <p>HINWEIS: Jedenfalls endet die Anordnung mit Beendigung des Betreuungsverhältnisses! Die Anordnung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden, wenn dies aus Gründen der Qualitätssicherung oder auf Grund der Änderung des Zustandsbildes der zu betreuenden Person erforderlich ist. In begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, kann der Widerruf auch mündlich erfolgen. In diesen Fällen ist der Widerruf unverzüglich, längstens jedoch innerhalb von 24 Stunden, schriftlich zu dokumentieren.</p> <p>5. Nachweis der Befähigung und Anleitung des Betreuungsunternehmens</p> <p>Es wird bestätigt, dass das Betreuungsunternehmen gegebenenfalls</p> <p><input type="checkbox"/> über jene Fähigkeiten verfügt, die für die Ausübung der einfachen oder nach Maßgabe ärztlicher Anordnung übertragenen pflegerischen Tätigkeiten erforderlich sind und</p> <p><input type="checkbox"/> durch medizinisches Fachpersonal im erforderlichen Ausmaß über die konkrete Vornahme der einfachen oder nach Maßgabe ärztlicher Anordnung übertragenen pflegerischen Tätigkeiten angeleitet und unterwiesen wurde.</p> <p>6. Vereinbarung der Tätigkeiten und Bestätigung der Anordnung(en)</p> <p>Das medizinische Fachpersonal erklärt, die oben vorgenommene Klärung, die allenfalls erlassenen Anordnungen, Anleitungen und Unterweisungen sorgfältig, gewissenhaft und vollständig vorgenommen zu haben, weiters, jede sich nicht aus der ärztlichen Anordnung ergebende Änderung dem Betreuungsunternehmen</p>	<p>4.8. Durata autorizației conform pct. 4.6. și 4.7.:</p> <p><input type="checkbox"/> pe o durată limitată de timp, până inclusiv la data de: _____</p> <p><input type="checkbox"/> pe o durată nelimitată de timp.</p> <p>INDICAȚIE: Autorizația încetează odată cu încetarea relației de îngrijire! Autorizația poate fi anulată oricând în scris, dacă acest lucru este necesar din motiv de asigurare a calității sau pe motiv de modificare a stării de sănătate a persoanei aflate în îngrijire. În cazuri justificate și dacă sunt asigurate lipsa ambiguității și a dubiilor, anularea poate fi făcută și pe cale orală. În aceste cazuri anularea trebuie documentată în scris în termen de cel mult 24 de ore.</p> <p>5. Dovada calificării și instruirii prestatorului de servicii de îngrijire persoane</p> <p>Se confirmă faptul că prestatorul de servicii de îngrijire persoane</p> <p><input type="checkbox"/> dispune de acele abilități, necesare pentru desfășurarea activităților de îngrijire simple sau a celor ce necesită autorizație medicală și</p> <p><input type="checkbox"/> a fost instruit și autorizat de către personalul medical de specialitate suficient de bine cu privire la activitățile simple de îngrijire sau a celor ce necesită autorizație medicală.</p> <p>6. Acordul asupra activităților și confirmarea autorizației (autorizațiilor)</p> <p>Personalul medical de specialitate declară faptul că autorizațiile, clarificarea de mai sus, instructajele și instruirile au fost efectuate cu atenție și complet. De asemenea se angajează să aducă imediat la cunoștința Unității de îngrijiri în scris sau verbal orice modificare ce nu rezultă din autorizația medicală dată (pe cale verbală cu justificare scrisă în cel mult 24 de ore).</p>
---	---



umgehend schriftlich oder mündlich (Letzteres mit schriftlichem Nachweis binnen 24 Stunden) mitzuteilen.

HINWEIS: Das Betreuungsunternehmen hat die Möglichkeit, die Übernahme oder Vereinbarung pflegerischer oder ärztlicher Tätigkeiten/Dienstleistungen abzulehnen (auch wenn diese notwendig sind!).

INDICAȚIE: Prestatorul de servicii de îngrijire persoane are posibilitatea de a refuza preluarea sau acordul cu privire la activități/servicii medicale (chiar și dacă acestea sunt necesare!).

Unterschrift medizinisches Fachpersonal

Semnătură personal medical de specialitate

Ort, Datum

Localitate, Data

Unterschrift Betreuungsunternehmen

Semnătura prestatorului servicii

Ort, Datum

Localitate, Data

Unterschrift Auftraggeber

Semnătura Beneficiarului

Ort, Datum

Localitate, Data