

Musteranordnung für die Delegation medizinischer Tätigkeiten an Personenbetreuer oder Persönliche Assistenten



Mobiles Palliativteam Baden

Wimmergasse 19, 2500 Baden
Tel: 0676/9648488 Fax: 02252/82669
Mail: mpt.baden@a1.net

Anordnung für die Durchführung einer
 pflegerischen Tätigkeit
 ärztlichen Tätigkeit

Datum

an Hrn/Fr.: (Name der betreuten Person)

Anschrift:
Tel: E-mail:

Übertragende(r) Arzt DGKS/P

Name:
Anschrift:
Tel: E-mail:

Übertragungsempfänger/in

Name:
Anschrift:
Tel: E-mail:

Zustimmung zur Ausübung der übertragenen Tätigkeit durch

- die betreute Person selbst
- die gesetzliche Vertretung der betreuten Person
- den/die Vorsorgebevollmächtigte/n der betreuten Person

Name:
Anschrift:
Tel: E-mail:

Folgende ärztliche pflegerische Tätigkeit(en)
werden an den Übertragungsempfänger delegiert:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nach erfolgter Anleitung und Einschulung wurde der Übertragungsempfänger auf die
Möglichkeit der Ablehnung der Übertragung gesondert hingewiesen.

Die Übertragung der Tätigkeit erfolgt am
und endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, am
und ist mit der Dauer des Betreuungsverhältnisses befristet.

Anmerkungen:

.....
.....
.....

Hinweis: Der Übertragungsempfänger hat die Durchführung der übertragenen Tätigkeiten ausreichend und regelmäßig zu dokumentieren. Die Dokumentation ist den Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die betreute Person behandeln und pflegen, zugänglich zu machen.
Der Übertragungsempfänger hat der übertragenden Person unverzüglich alle Informationen zu erteilen, die für die Anordnung von Bedeutung sein können, insbesondere Veränderungen des Zustandsbildes der betreuten Person oder Unterbrechung der Betreuungstätigkeit. Bei Nichterreichbarkeit treten die Vereinbarungen für den Alltag und den Notfall in Kraft.

Übertragende/r Übertragungsempfänger/in Zustimmende/r *

.....
Datum, Unterschrift

.....
Datum, Unterschrift

.....
Datum, Unterschrift

* bei Einwilligungsunfähigkeit ohne gesetzlichen Vertreter, mutmaßliche Einwilligung,
Begründung:

.....
.....

Der **Widerruf** erfolgt am um durch:

Name:

Anschrift:

Tel: E-mail:

und gilt für

sämtliche übertragene Tätigkeiten folgende übertragene Tätigkeiten:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Der Widerruf wird durch den Übertragungsempfänger zur Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift