

Antrag für die Samariter-Wunschkfahrt

Vielen Dank, dass Sie mit uns Ihre Wunschkfahrt durchführen möchten. Wir freuen uns, Informationen über Ihre Samariter-Wunschkfahrt zu erhalten und Sie nach Möglichkeit auf der Reise begleiten zu dürfen.

Die Samariter-Wunschkfahrt ist ein Projekt des Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs und bietet schwer erkrankten Personen die Möglichkeit, mit einer Begleitperson einen Ausflug mit umfassender kompetenter medizinischer/pflegerischer Betreuung zu ihrem Wunschort zu unternehmen. Damit unterscheidet sich dieses Projekt von einem herkömmlichen Krankentransport. Zum Einsatz kommt ein eigens für diesen Zweck kreierter und gestalteter Krankentransportwagen, welcher mit modernster medizinischer Spezialausstattung ausgerüstet ist.

Die Samariter-Wunschkfahrt finanziert sich ausschließlich aus Spendenmitteln sowie über ehrenamtliche Mitarbeit. Oberstes Ziel ist es, dass die Samariter-Wunschkfahrt sowohl für TeilnehmerIn als auch die Begleitperson kostenfrei ist. Um weiterhin vielen schwer erkrankten Personen die Samariter-Wunschkfahrt ermöglichen zu können und das Projekt weiter ausbauen, ist eine finanzielle Unterstützung jederzeit willkommen.

Bitte übermitteln Sie den ausgefüllten Antrag an:

Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs
Bundesverband
Kennwort „Wunschkfahrt“
Hollergasse 2-6
1150 Wien

Haben Sie Fragen oder benötigen Sie Unterstützung beim Ausfüllen:

Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs, Bundesverband
01 89 145 386
wunschfahrt@samariterbund.net



1. AntragstellerIn

AntragstellerIn ist TeilnehmerIn: Ja Nein

Wenn nein, Verhältnis zum/zur TeilnehmerIn: EhepartnerIn LebenspartnerIn Kind
 Elternteil Sonstiges:

Besteht eine Vertretungsbefugnis: Ja Nein

Frau Herr

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

E-Mail

2. TeilnehmerIn

Wenn AntragstellerIn nicht TeilnehmerIn ist, bitte um Angaben zum Teilnehmer/zur Teilnehmerin:

Vor- und Nachname

Geburtsdatum **SV-Nr.**

Adresse

Telefon

E-Mail

3. Begleitperson während der Wunschfahrt

AntragstellerIn ist Begleitperson: Ja Nein

Verhältnis zum Fahrgast (PartnerIn, PflegerIn,...):

Wenn nein, bitte um Angaben zur Begleitperson:

Frau Herr

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Telefon



4. Erläuterungen zur Samariter-Wunschfahrt

4.1. Erklärung Wunsch

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

4.2. Zielort der Wunschfahrt

Wunschort – Wunschziel

.....

Adresse

PLZ

Ort

Stockwerk: Parterre Mezzanin 1.Stock 2.Stock Stockwerk:

Lift im Gebäude vorhanden: Ja Nein keine Information

4.3. Wunschtermin

Datum.....

oder

Wunschzeitraum.....

Uhrzeit.....

4.4. Warum ist die Inanspruchnahme eines herkömmlichen Krankentransports für die Realisierung des Wunsches nicht möglich?

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



5. Angaben zur gesundheitlichen Situation der Teilnehmerin/des Teilnehmers

Antragsrelevante gesundheitliche Situation für die Durchführung der Samariter-Wunschkfahrt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Eine wesentliche Verschlechterung in den nächsten Wochen ist zu erwarten Ja Nein

Der medizinische Status wird im **PatientInnenerhebungsblatt** vom behandelten Arzt/der behandelten Ärztin abgefragt und ist dem Antrag beizulegen.

BehandelndeR (Fach-)Ärztin/Arzt (Bezeichnung, Name, Position)

.....

.....

Kontakt behandelndeR (Fach-)Ärztin/Arzt (Telefon)

.....

PatientInnenerhebungsblatt beigelegt (extra Formular) Ja Nein

Bestätigung über **Transport- und Teilnahmefähigkeit** (extra Formular) beigelegt: Ja Nein

Vorliegen einer **Patientenverfügung**: Ja Nein

Art der Patientenverfügung: beachtliche verbindliche

Vorliegen einer **Vorsorgevollmacht** mit Verfügungen für Gesundheits- und medizinische Angelegenheiten: Ja Nein



Bei Minderjährigkeit oder eingeschränkter Geschäftsfähigkeit der Teilnehmerin/des Teilnehmers, bitte Punkt 6 ausfüllen:

6. Angaben zur rechtlichen Situation der Teilnehmerin/des Teilnehmers

Vertretungsbefugnis:

- Vorsorgevollmacht, Sachwalterschaft, Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger, Obsorge

Angaben zur vertretungsbefugten Person:

- Frau, Herr

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon E-Mail

7. Angaben zum Abholort

Der Abholort ist die auf Seite 1 angegebene Adresse der teilnehmenden Person:

- Ja, Nein

Wenn nein, Adresse des Abholorts

Zufahrt direkt zur Haustür des Abholortes mit Wunschauto möglich: Ja, Nein

Parkmöglichkeit vor dem Abholort gegeben: Ja, Nein

Lift im Gebäude vorhanden: Ja, Nein

Stockwerk: Parterre, Mezzanin, 1.Stock, 2.Stock, Stockwerk:



8. Angaben zum Rückkehrort

Der Rückkehrort ist die auf Seite 1 angegebene Adresse der teilnehmenden Person:

Ja Nein

Wenn nein, Adresse Rückkehrort.....

.....

Zufahrt direkt zur Haustür des Rückkehrort mit Wunschauto möglich: Ja Nein

Parkmöglichkeit vor dem Rückkehrort gegeben: Ja Nein

Lift im Gebäude vorhanden: Ja Nein

Stockwerk: Parterre Mezzanin 1.Stock 2.Stock Stockwerk:



Vorzulegende Unterlagen (in Kopie):

- Kopie Ausweisdokument AntragstellerIn
- Kopie Ausweisdokument TeilnehmerIn
- Kopie Ausweisdokument Begleitperson
- PatientInnenenerhebungsblatt des behandelnden (Fach-)Arztes/der behandelnden (Fach-)Ärztin / Befunde / Auszug aus der aktuellen Krankengeschichte **(beiliegendes Formular)**
- Formular zur Entbindung der/des behandelnden (Fach-)Ärztin/Arztes von der Schweigepflicht **(beiliegendes Formular)**
- ärztliche Bescheinigung der/des behandelnden (Fach-)Ärztin/Arztes über die Transport- und Teilnahmefähigkeit, inkl. Angaben zur Transportart und Nennung etwaig medizinisch notwendiger Maßnahmen während des Transports **(beiliegendes Formular)**
- Patientenverfügung *(falls vorhanden)*
- Bei Vorliegen einer Vertretungsbefugnis: Nachweis über die Vertretungsbefugnis sowie Kopie Ausweisdokument des/der Vertretungsbefugten
- Bei Vorliegen einer Vorsorgevollmacht: Kopie der Vorsorgevollmacht mit Verfügungen für gesundheits- und medizinische Angelegenheiten
- Mit nachstehender Unterschrift bestätigt die teilnehmende Person, ggf. die vertretungsbefugte Person und ggf. die antragstellende Person die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben in diesem Antrag.

Das Antragsformular wurde im Einvernehmen zwischen TeilnehmerIn und AntragstellerIn ausgefüllt.

....., am

Ort Datum

....., am

Ort Datum

.....

TeilnehmerIn

.....

ggf. AntragstellerIn

.....

ggf. vertretungsbefugte Person

Zustimmungserklärung Samariter-Wunschkfahrt

Begleitperson:

Die unterzeichnende Person nimmt zur Kenntnis, dass aufgrund der Beschaffenheit des Fahrzeuges während der Wunschkfahrt nicht mehr als eine Person den/die TeilnehmerIn begleiten kann.

Änderungen des Gesundheitszustandes:

Die unterzeichnende Person nimmt zur Kenntnis, dass dem/der KoordinatorIn der Wunschkfahrt beim Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs, Bundesverband (ZVR 765397518; fortan: ASBÖ) bis zum Fahrtantritt Änderungen des Gesundheitszustands der teilnehmenden Person unverzüglich, spätestens am nächsten Werktag, bekannt zu geben sind, sofern diese Auswirkungen auf die Transportfähigkeit und die Durchführung der Wunschkfahrt haben. Der ASBÖ behält sich andernfalls vor, von der Durchführung der Wunschkfahrt abzusehen. Die Frage der Auswirkung des geänderten Gesundheitszustands auf die Wunschkfahrt ist ggf. mit dem Arzt/der Ärztin zu besprechen. Der Antritt der Wunschkfahrt ist nur mit ausdrücklichem Einverständnis und schriftlicher Bescheinigung über die Transport- und Teilnahmefähigkeit der/des behandelnden (Fach-)Ärztin/Arztes möglich.

Krankengeschichte:

Die unterzeichnende Person erklärt hiermit in eigenem Namen oder im Namen der teilnehmenden Person die ausdrückliche Zustimmung zur Verwendung der Daten der teilnehmenden Person, und zwar ausdrücklich auch der medizinischen Daten, soweit dies zur Überprüfung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Antrag durch den ASBÖ bzw. dessen Teilorganisationen erforderlich und/oder dienlich sind. Die unterzeichnende Person ermächtigt den ASBÖ und dessen Teilorganisationen ausdrücklich zur Einsichtnahme in alle Akten und Unterlagen der Krankengeschichte der teilnehmenden Person bei den betreffenden Stellen, zur Kopieziehung aus diesen, zur Kontaktierung von Einrichtungen und Personen (z.B. behandelndes Personal und ÄrztInnen), die über relevante Informationen bzw. Unterlagen verfügen und ermächtigt diese zur Offenlegung von Gesundheitsdaten, etwa aus der Krankenakte, sofern dies zur Überprüfung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Antrag erforderlich und/oder dienlich ist.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich stimme zu, dass der Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs (ASBÖ) die von mir bekannt gegebenen Daten [insbesondere Name, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Postanschrift, Verhältnis zum Teilnehmer, Vertretungsbefugnis, Größe und Gewicht, Kontaktinformationen des behandelten Arztes, medizinische Vorgeschichte, Gesundheitszustand (Diagnosen, Befunde, andere wichtige Hinweise)] sowie die von mir vorgelegten Unterlagen (insbesondere Ausweisdokumente, Diagnosen/Befunde/Bestätigungen des behandelten Arztes, Auszug der aktuellen Krankengeschichte, ärztliche Bescheinigungen, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht) speichert und für die Organisation und Durchführung der Samariter-Wunschkfahrt verwendet.

Ich bestätige, dass ich berechtigt bin, die von mir bekannt gegebenen Daten anzugeben.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels Brief an [ASBÖ Bundesverband, Projekt Wunschkfahrt, Hollergasse 2-6, 1150 Wien] oder per E-Mail an [wunschfahrt@samariterbund.net] widerrufen. Ab dem Zeitpunkt des Einlangens des Widerrufs erfolgen keine weiteren Datenverarbeitungen auf der Grundlage dieser Einwilligungserklärung. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

Kosten:

Der ASBÖ übernimmt nicht dem Teilnehmer/der Teilnehmerin, seinen/ihren Angehörigen oder anderen Personen im Zusammenhang mit der Wunschkfahrt allfällig entstandene Kosten, die aber z.B. aufgrund der Nichtdurchführung der Wunschkfahrt, aus welchem Grund auch immer, nutzlos geworden sind. Der ASBÖ übernimmt im Falle des Todes der teilnehmenden Person im Rahmen der Wunschkfahrt weder die Überführungskosten noch sonstige mit dem Tod der teilnehmenden Person in Zusammenhang stehende Kosten.

Kriterien:

Die Durchführung der Fahrt ist pro TeilnehmerIn nur einmal möglich. Die Fahrt wird innerhalb Österreichs durchgeführt. Ein vollständig eingereichter Wunschkfahrt-Antrag wird schnellst



möglich bearbeitet und auf Terminwünsche und -anforderungen wird im Rahmen der organisatorischen Möglichkeiten Rücksicht genommen.

Haftungsausschluss:

Es besteht kein Rechtsanspruch auf Durchführung der Wunschfahrt. Der ASBÖ als Anbieter der Wunschfahrt behält sich vor, die Wunschfahrt bzw. die Organisation derselben u.a. aus folgenden Gründen abubrechen, abzusagen oder zu verschieben:

Medizinische und organisatorische Gründe, Eintritt unvorhergesehener Ereignisse.

Bei allfälligen Terminverschiebungen ist auf den Gesundheitszustand der teilnehmenden Person Rücksicht zu nehmen.

....., am
 Ort Datum

....., am
 Ort Datum

.....
 TeilnehmerIn

.....
 ggf. vertretungsbefugte Person

Name, Geburtsdatum TeilnehmerIn/ ggf. vertretungsbefugte Person

.....



Einverständniserklärung für die Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich,

Name TeilnehmerIn:

Adresse:

Geb.datum:

SV-Nr.:

mich damit einverstanden, dass folgender behandelnder (Fach-)Arzt/
folgende behandelte Fachärztin:

Name

Adresse:

Kontakt (Telefon):

im Rahmen der Organisation und Durchführung der Samariter-Wunschkfahrt die dafür benötigten Informationen und Unterlagen austauschen darf, mit

Institution / Person: Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs Bundesverband

Samariter-Wunschkfahrt-KoordinatorIn

Adresse: Hollergasse 2-6

1150 Wien

Ich entbinde den behandelnden (Fach-)Arzt/die behandelnde (Fach-)Ärztin und andere behandelnde Fachkräfte von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift TeilnehmerIn



Zustimmungserklärung betreffend die Verwendung von Bildnissen durch den ASBÖ (optional)

1. Von der teilnehmenden Person der Wunschfahrt wurden und werden vom bzw. für den Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs, Bundesverband (ZVR 765397518; fortan: ASBÖ) Fotografie/n erstellt bzw. stellt die/der Unterzeichnende dem ASBÖ Fotografien zur Verfügung. Die unterzeichnende Person erteilt in eigenem Namen oder im Namen der teilnehmenden Person die unwiderrufliche Zustimmung, dass alle dem ASBÖ zugänglich gemachten Fotografien der teilnehmenden Person bzw. sonstige von der teilnehmenden Person erstellten Fotografien für alle Zwecke des ASBÖ, einschließlich Werbezwecke, verwendet werden dürfen.

Verwendungszweck und Nutzungsart sind uneingeschränkt. Zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch unbekannt Nutzungsarten sind vom vorliegenden Vertrag ebenfalls erfasst. Diese Zustimmungserklärung schließt auch die Verwendung durch Teilorganisationen des ASBÖ mit ein.

Die Nutzungsbewilligung umfasst etwa, aber nicht nur die Nutzung im Rahmen des Internetauftritts, zu Werbezwecken (Werbemaßnahmen in gedruckter und elektronischer Form einschließlich z.B. Spendenaufwurf). In diesem Zusammenhang werden folgende personenbezogenen Daten der teilnehmenden Person veröffentlicht: Alter, Geschlecht und Vorname. Medizinische Daten werden selbstverständlich nicht weitergegeben.

2. Die unterzeichnende Person überträgt dem ASBÖ unentgeltlich, zeitlich unbefristet und örtlich wie sachlich uneingeschränkt das Nutzungsrecht an den Fotografien.
3. Die unterzeichnende Person erklärt, über sämtliche zur Verfügung gestellten Fotografien frei verfügen zu können und damit keine Rechte Dritter und/oder gesetzliche Bestimmungen zu verletzen.
4. Die unterzeichnende Person behält sich das Recht vor, die Bilder weiterhin für eigene Zwecke bzw. für Zwecke der teilnehmenden Person zu verwenden.

....., am
 Ort Datum

....., am
 Ort Datum

.....
 TeilnehmerIn

.....
 ggf. vertretungsbefugte Person

Name, Geburtsdatum TeilnehmerIn/ ggf. vertretungsbefugte Person

.....



Zustimmungserklärung der **Begleitperson** betreffend die Verwendung von Bildnissen durch den ASBÖ (optional)

1. Von der Begleitperson der Wunschfahrt wurden und werden vom bzw. für den Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs, Bundesverband (ZVR 765397518; fortan: ASBÖ) Fotografie/n erstellt bzw. stellt die unterzeichnende Person dem ASBÖ Fotografien zur Verfügung. Die unterzeichnende Person erteilt in eigenem Namen die unwiderrufliche Zustimmung, dass alle dem ASBÖ zugänglich gemachten Fotografien der Begleitperson bzw. sonstige von der Begleitperson erstellten Fotografien für alle Zwecke des ASBÖ, einschließlich Werbezwecke, verwendet werden dürfen.

Verwendungszweck und Nutzungsart sind uneingeschränkt. Zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch unbekanntes Nutzungsarten sind vom vorliegenden Vertrag ebenfalls erfasst. Diese Zustimmungserklärung schließt auch die Verwendung durch Teilorganisationen des ASBÖ mit ein.

Die Nutzungsbewilligung umfasst etwa, aber nicht nur die Nutzung im Rahmen des Internetauftritts, zu Werbezwecken (Werbemaßnahmen in gedruckter und elektronischer Form einschließlich z.B. Spendenaufwurf). In diesem Zusammenhang werden folgende personenbezogenen Daten der Begleitperson veröffentlicht: Alter, Geschlecht und Vorname.

2. Die unterzeichnende Person überträgt dem ASBÖ unentgeltlich, zeitlich unbefristet und örtlich wie sachlich uneingeschränkt das Nutzungsrecht an den Fotografien.
3. Die unterzeichnende Person erklärt, über sämtliche zur Verfügung gestellten Fotografien frei verfügen zu können und damit keine Rechte Dritter und/oder gesetzliche Bestimmungen zu verletzen.

Die unterzeichnende Person behält sich das Recht vor, die Bilder weiterhin für eigene Zwecke bzw. für Zwecke der Begleitperson zu verwenden.

Name Begleitperson:

Geburtsdatum:

....., am

Ort

Datum

.....
Begleitperson



PatientInnenerhebungsblatt zur Teilnahme an der Samariter-Wunschfahrt
(von Ärztin/ vom Arzt auszufüllen)

Name des Patienten/der Patientin:

Geb. datum:..... SV-Nr.:.....

Größe: _____ Gewicht: _____

Allergien:

.....

Nahrungsmittelunverträglichkeit:

.....

Anamnese

Aktuelle Erkrankungen

Aktueller Status	
Neurostatus	
kognitiver Status	
Orientiertheit	
Kommunikationsfähigkeit	
Bewegungsapparat	



Infektionsrisiko	
Schmerzen	
HIV, Sucht, MRSA, ESBL (kein Ausschlusskriterium!)	

Medikation	
aktuelle Medikation im Tagesverlauf	
Kennzeichnung der notwendigen Medikation während der Samariter-Wunschkfahrt	
Einnahme der Medikamente während der Samariter-Wunschkfahrt	<input type="checkbox"/> nimmt Medikamente selbst <input type="checkbox"/> muss erinnert werden <input type="checkbox"/> braucht Unterstützung bei der Einnahme

Prognose – Aktueller Pflegestatus

Beeinträchtigung in der Kommunikation	
Sprache	
Verständigung	

Beeinträchtigung in der Bewegung	
Sturzrisiko	
alleiniges Stehen	
Stiegen steigen	
benötigte Hilfsmittel / Art der Hilfsmittel	
Lagerungsbehelfe	



Transport während der Samariter-Wunschkfahrt	im Tragsessel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein nur liegend <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

Ernährung während der Samariter-Wunschkfahrt	
Essen/Trinken	
Sondennahrung	
Sonstiges	

Pflegebedarf während der Samariter-Wunschkfahrt	
Beatmung / Sauerstoff	
Absaugen	
Toilettengang / Kontinenz	
Sonstiges	

Übernachtung während der Samariter-Wunschkfahrt	
Schlafverhalten	
Pflegebedarf	
Sonstiges	

Eine wesentliche Verschlechterung in den nächsten Wochen ist zu erwarten Ja Nein

Name behandelnder (Fach-)Arzt/behandelnde (Fach)Ärztin:

Telefonnr.:

Ort, Datum

behandelnder (Fach-)Arzt/behandelnde (Fach)Ärztin



Bescheinigung über die Transport- und Teilnahmefähigkeit der teilnehmenden Person durch den behandelnden (Fach-)Arzt/die behandelnde (Fach)Ärztin – Nr. 1 (von Ärztin/ vom Arzt auszufüllen)

Hiermit bestätige ich,

Name behandelnder (Fach-)Arzt/behandelnde (Fach)Ärztin:

Adresse:

dass zum Zeitpunkt der Antragstellung zu erwarten ist, dass folgender Patient/folgende

Patientin

Anschrift:

Geb.datum: SV-Nr.:.....

zum Zeitpunkt der Samariter-Wunschfahrt am zum/nach.....

..... transportfähig ist.

Der gesundheitliche Status der teilnehmenden Person wurde im beiliegenden **PatientInnenenerhebungsblatt** zur Teilnahme an der Samariter-Wunschfahrt erhoben.

Die konkrete **Teilnahmefähigkeit (Nr. 2)** wird vor Antritt der Fahrt bestätigt.

Ort, Datum

behandelnder (Fach-)Arzt/behandelnde (Fach)Ärztin