

Antrag für die Samariter-Wunschfahrt

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

Die Samariter-Wunschfahrt 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 für das Projekt angeschafftes Spezialfahrzeug, welches mit modernster medizinischer Spezialausstattung ausgerüstet ist und hohen Reiskomfort bietet.

Die Samariter-Wunschfahrt finanziert sich ausschließlich aus Spendenmitteln sowie über ehrenamtliche Mitarbeit. Oberstes Ziel ist es, dass die Samariter-Wunschfahrt sowohl für Fahrgast als auch die Begleitperson kostenfrei ist. Um weiterhin vielen schwer erkrankten Personen die Samariter-Wunschfahrt 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 „Wunschfahrt“
Hollergasse 2-6
1150 Wien

Haben Sie Fragen oder benötigen Sie Unterstützung beim Ausfüllen:

Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs, Bundesverband
Telefon 01 89 145 – 386
Fax 01 89 145 99 386
E-Mail wunschfahrt@samariterbund.net

SAMARITERBUND



Antragsformular

Samariter-Wunschfahrt



1. Fahrgast (TeilnehmerIn)

Frau Herr

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

SV-Nr. _____

Adresse _____

Telefon _____

E-Mail _____

2. Begleitperson während der Wunschfahrt

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

Besteht eine Vertretungsbefugnis: Ja Nein

Frau Herr

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

3. Kontaktperson (AntragstellerIn)

Kontaktperson ist Begleitperson:

Ja

Nein

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

Besteht eine Vertretungsbefugnis: Ja Nein

Frau Herr

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

4. Erläuterungen zur Samariter-Wunschfahrt

4.1. Erklärung Wunsch

4.2. Ort/Ereignis der Wunschfahrt

Wunschziel _____

Adresse _____

Lift im Gebäude vorhanden: Ja Nein keine Information

Lift für Rollstuhl geeignet: Ja Nein keine Information

Lift für Trage geeignet: Ja Nein keine Information

4.3. Wunschtermin

Datum oder Zeitraum _____

Uhrzeit Abfahrt _____ Uhrzeit Rückkehr _____

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

Der Abholort ist die auf Seite 1 angegebene Adresse des Fahrgastes Ja Nein

Wenn nein, Adresse des Abholorts _____

Der Rückkehrort ist die auf Seite 1 angegebene Adresse des Fahrgastes Ja Nein

Wenn nein, Adresse Rückkehrort _____



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

Vorliegen einer **Patientenverfügung**: Ja Nein

Art der Patientenverfügung: beachtliche verbindliche

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

Der medizinische Status wird im **PatientInnenenerhebungsblatt** 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)

PatientInnenenerhebungsblatt beigelegt (extra Formular) Ja Nein

Bestätigung über **Transport- und Teilnahmefähigkeit Nr. 1** (extra Formular) Ja Nein



Bei Minderjährigkeit oder eingeschränkter Geschäftsfähigkeit des Fahrgastes bitte Punkt 6 ausfüllen:

6. Angaben zur rechtlichen Situation der Teilnehmerin/des Teilnehmers

Vertretungsbefugnis:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht | <input type="checkbox"/> gerichtliche Erwachsenenvertretung |
| <input type="checkbox"/> gesetzliche Erwachsenenvertretung | <input type="checkbox"/> gewählte Erwachsenenvertretung |
| <input type="checkbox"/> Obsorge | |

Angaben zur vertretungsbefugten Person:

- Frau Herr

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____ E-Mail _____



Einverständniserklärung für die Entbindung der Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich,
Name TeilnehmerIn: _____

Adresse: _____

Geb.datum: _____

SV-Nr.: _____

mich damit einverstanden, dass folgender behandelnder (Fach-)Arzt / folgende behandelte
(Fach-)Ärztin:
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/ggf. vertretungsbefugte Person



Vorzulegende Unterlagen (in Kopie):

- Kopie Ausweisdokument Fahrgast
- Kopie Ausweisdokument Begleitperson
- Kopie Ausweisdokument Kontaktperson

Beiliegende Formulare

- PatientInnenerhebungsblatt** 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*)

Falls vorhanden

- Patientenverfügung
- 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 der Fahrgast, ggf. die vertretungsbefugte Person und ggf. die antragstellende Person die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben in diesem Antrag.

Das Antragsformular wurde im Einvernehmen zwischen Fahrgast und AntragstellerIn ausgefüllt.

_____, am _____
Ort Datum

_____, am _____
Ort Datum

Fahrgast

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.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: www.samariterbund.net/datenschutz

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 Wunschfahrt-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 abzubrechen, 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



Die Samariter-Wunschfahrt wird durch ehrenamtliche Mitarbeit und Spenden finanziert. Für unseren Fahrgast und eine Begleitperson entstehen dadurch keine Kosten. Um mehr Menschen zu erreichen und die Finanzierung des Projektes durch Spenden zu ermöglichen, ist es wichtig Öffentlichkeitsarbeit zu leisten. **Für die Verwendung von Bildmaterial Ihrer Samariter-Wunschfahrt, ist Ihre Zustimmung nötig.**

Einverständniserklärung zur Bildaufnahme Fahrgast (optional)

Wir weisen darauf hin, dass auf der Samariter-Wunschfahrt Fotos gemacht werden.

Diese Fotos können zum Zweck der Öffentlichkeitsarbeit, zur Dokumentation und Darstellung unserer Aktivitäten auf der Website, in Social Media Kanälen und in Printmedien, insbesondere auch in Vereinszeitschriften des Samariterbundes, sowie in Broschüren und Foldern veröffentlicht werden.

Bitte beachten Sie dazu die unten stehende Datenschutzinformation.

Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs Bundesverband

Datenschutzinformation gemäß Art. 13 DSGVO:

Verantwortlicher: Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs Bundesverband, Hollergasse 2-6, 1150 Wien

Datenschutzbeauftragte: Dr. Anita Spandl, datenschutzbeauftragte@samariterbund.net

Zweck der Fotoaufnahmen: Öffentlichkeitsarbeit, Dokumentation und Darstellung unserer Aktivitäten, Veröffentlichung in Printmedien (z.B. Zeitschriften, Foldern) und elektronischen Medien (z.B. Website) des Samariterbundes und seiner Teilorganisationen

Rechtsgrundlage: berechtigtes Interesse des Verantwortlichen im Sinne des Art. 6 Abs 1 lit f DSGVO, Bildaufnahmen für oben angeführte Zwecke anzufertigen, ggf. die erteilte Einwilligung nach Art. 9 Abs 2 lit a DSGVO.

Speicherdauer: Die Daten werden gelöscht, sobald ihre Speicherung für den jeweiligen Zweck nicht mehr erforderlich ist.

Empfänger: Für oben genannte Zwecke können Daten an die Samariterbund Österreich Rettung und Soziale Dienste gemeinnützige GmbH, an Medienunternehmen und Social Media Kanäle übermittelt werden.

Rechte der Betroffenen: Sie haben das Recht auf Auskunft über die gespeicherten Daten gemäß Art. 15 DSGVO, auf Berichtigung und Löschung von Daten gemäß Art. 16 und 17 DSGVO, auf Einschränkung der Verarbeitung gemäß Art. 18 DSGVO und auf Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung gemäß Art. 21 DSGVO. Sie haben auch ein Beschwerderecht bei der Österreichischen Datenschutzbehörde.

Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs (ASBÖ)
Hollergasse 2-6
1150 Wien

Einverständniserklärung zur Bildaufnahme Fahrgast

Ich, (Name), erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die am(Datum) anlässlich der Samariter-Wunschkfahrt von mir gemachten Bildaufnahmen vom ASBÖ für Außenkommunikation und Marketing (z.B. Berichterstattung, Öffentlichkeitsarbeit, Präsentation von Angeboten und Veranstaltungen, Werbung), auch für seine Teilorganisationen, in eigenen und fremden Printmedien (z.B. Zeitschriften) und elektronischen Medien (z.B. Film, Websites, Social Media) verwendet werden dürfen. Ich stelle die Rechte an den gemachten Bildern dem ASBÖ kostenlos zur Verfügung.

Ich stimme zu, dass der ASBÖ die sich aus den Aufnahmen ergebenden Bilddaten (Aussehen, äußere Merkmale, Gesundheitszustand und Erkrankung) sowie meinen Namen, mein Alter, mein Geschlecht, Angaben zu meinem Krankheitsbild und den getroffenen medizinischen Maßnahmen, sowie die Umstände der Aufnahmen (Ort und das Datum der Aufnahmen) für die oben angeführten Zwecke verarbeiten darf.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels Brief an ASBÖ, Wunschkfahrt, Hollergasse 2-6, 1150 Wien oder per E-Mail an wunschkfahrt@samariterbund.net widerrufen. Ab dem Zeitpunkt des Einlangens des Widerrufs erfolgt keine weitere Nutzung der Bilder und meiner Daten auf der Grundlage dieser Einwilligungserklärung. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

....., am Unterschrift.....

Einverständniserklärung zur Bildaufnahme Begleitperson (optional)

Wir weisen darauf hin, dass auf der Samariter-Wunschkfahrt Fotos gemacht werden.

Diese Fotos können zum Zweck der Öffentlichkeitsarbeit, zur Dokumentation und Darstellung unserer Aktivitäten auf der Website, in Social Media Kanälen und in Printmedien, insbesondere auch in Vereinszeitschriften des Samariterbundes, sowie in Broschüren und Foldern veröffentlicht werden.

Bitte beachten Sie dazu die unten stehende Datenschutzinformation.

Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs Bundesverband

Datenschutzinformation gemäß Art. 13 DSGVO:

Verantwortlicher: Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs Bundesverband, Hollergasse 2-6, 1150 Wien

Datenschutzbeauftragte: Dr. Anita Spandl, datenschutzbeauftragte@samariterbund.net

Zweck der Fotoaufnahmen: Öffentlichkeitsarbeit, Dokumentation und Darstellung unserer Aktivitäten, Veröffentlichung in Printmedien (z.B. Zeitschriften, Foldern) und elektronischen Medien (z.B. Website) des Samariterbundes und seiner Teilorganisationen

Rechtsgrundlage: berechtigtes Interesse des Verantwortlichen im Sinne des Art. 6 Abs 1 lit f DSGVO, Bildaufnahmen für oben angeführte Zwecke anzufertigen, ggf. die erteilte Einwilligung nach Art. 9 Abs 2 lit a DSGVO.

Speicherdauer: Die Daten werden gelöscht, sobald ihre Speicherung für den jeweiligen Zweck nicht mehr erforderlich ist.

Empfänger: Für oben genannte Zwecke können Daten an die Samariterbund Österreich Rettung und Soziale Dienste gemeinnützige GmbH, an Medienunternehmen und Social Media Kanäle übermittelt werden.

Rechte der Betroffenen: Sie haben das Recht auf Auskunft über die gespeicherten Daten gemäß Art. 15 DSGVO, auf Berichtigung und Löschung von Daten gemäß Art. 16 und 17 DSGVO, auf Einschränkung der Verarbeitung gemäß Art. 18 DSGVO und auf Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung gemäß Art. 21 DSGVO. Sie haben auch ein Beschwerderecht bei der Österreichischen Datenschutzbehörde.

Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs (ASBÖ)

Hollergasse 2-6

1150 Wien



Einverständniserklärung zur Bildaufnahme Begleitperson

Ich, (Name), erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die am(Datum) anlässlich der Samariter-Wunschkfahrt von mir gemachten Bildaufnahmen vom ASBÖ für Außenkommunikation und Marketing (z.B. Berichterstattung, Öffentlichkeitsarbeit, Präsentation von Angeboten und Veranstaltungen, Werbung), auch für seine Teilorganisationen, in eigenen und fremden Printmedien (z.B. Zeitschriften) und elektronischen Medien (z.B. Film, Websites, Social Media) verwendet werden dürfen. Ich stelle die Rechte an den gemachten Bildern dem ASBÖ kostenlos zur Verfügung.

Ich stimme zu, dass der ASBÖ die sich aus den Aufnahmen ergebenden Bilddaten (Aussehen, äußere Merkmale, Gesundheitszustand und Erkrankung) sowie meinen Namen, mein Alter, mein Geschlecht, Angaben zu meinem Krankheitsbild und den getroffenen medizinischen Maßnahmen, sowie die Umstände der Aufnahmen (Ort und das Datum der Aufnahmen) für die oben angeführten Zwecke verarbeiten darf.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels Brief an ASBÖ, Wunschkfahrt, Hollergasse 2-6, 1150 Wien oder per E-Mail an wunschkfahrt@samariterbund.net widerrufen. Ab dem Zeitpunkt des Einlangens des Widerrufs erfolgt keine weitere Nutzung der Bilder und meiner Daten auf der Grundlage dieser Einwilligungserklärung. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

....., am Unterschrift.....



**Nachstehende Formulare sind
von der (Fach-)Ärztin/vom (Fach-)Arzt
auszufüllen und dem Antrag beizulegen**



**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: _____

Telefonnr.: _____

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

Patientin _____

Anschrift: _____

Geb.datum: _____ SV-Nr.: _____

zum Zeitpunkt der Samariter-Wunschkfahrt

am _____ zum/nach _____ transportfähig ist.

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

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

Ort, Datum

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



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

Klärung Infektionsrisiko Covid-19		
• Temperatur: °C		
• Haben Sie heute eines der folgenden Symptome ¹ welches für Ihr bisheriges Krankheitsbild ungewöhnlich ist?	JA	NEIN
• Trockenen Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Muskel- /Gelenksschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹ Häufigste Symptome bei COVID-19 lt. RKI		
• Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu an COVID-19 erkrankten Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie entsprechend untersucht bzw. medizinisch betreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie symptomfrei seit 48 Stunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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-Wunschfahrt	



Einnahme der Medikamente während der Samariter-Wunschfahrt	<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-Wunschfahrt	im Tragsessel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein nur liegend <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ernährung während der Samariter-Wunschfahrt	
Essen/Trinken	
Sondennahrung	
Sonstiges	

Pflegebedarf während der Samariter-Wunschfahrt	
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