**Zusatzvereinbarung zum Dienstvertrag von Persönlichen AssistentInnen**

gemäß § 2 Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz, BGBl. 459/1993 (AVRAG)

Die Gesetzesänderung ermöglich die Delegation von pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeiten an Persönliche AssistentInnen. Voraussetzung ist dabei die fachliche Anleitung, Einschulung und Dokumentation durch eine diplomierte Pflegefachkraft oder eine/n Arzt/in.

Hinsichtlich der Delegation ärztlicher Tätigkeiten heißt es beispielsweise in Artikel 10: "Der Arzt kann im Einzelfall einzelne ärztliche Tätigkeiten an Personen übertragen, die Menschen mit nicht nur vorübergehenden körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet sind, diesen Menschen eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Lebensführung zu verwehren, begleiten und unterstützen (...).“

Name und Anschrift der Persönlichen Assistenz:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durch Einschulung von

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

hat die Assistenz folgende Qualifizierungen erhalten:

□ die Verabreichung von Arzneimitteln,

□ das Anlegen von Bandagen und Verbänden,

□ die Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,

□ die Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifen,

□ einfache Wärme- und Lichtanwendungen sowie

□ weitere einzelne ärztliche Tätigkeiten, sofern diese einen zu den in den Z 1 bis 5 genannten Tätigkeiten vergleichbaren Schwierigkeitsgrad sowie vergleichbare Anforderungen an die erforderliche Sorgfalt aufweisen. Damit ist in der Praxis auch die Delegation von medizinnahen Tätigkeiten wie Katheterisieren oder das Absaugen der Beatmungskanüle möglich.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

die an den oben genannten Arbeitgeber/die oben genannte Arbeitgeberin gebunden sind.

**Besonderes**

Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin anerkennt das Recht des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin innerbetriebliche Richtlinien zu erlassen, welche dem Arbeitnehmer/der Arbeitnehmerin zur Kenntnis gebracht werden und einen integrierten Bestandteil des Dienstverhältnisses bilden.

**Sonderklausel**

Die Persönliche Assistenz wurde von ihrem Arbeitgeber/ihrer Arbeitgeberin ausreichend eingeschult und fühlt sich in der Lage, die angeführten Tätigkeiten durchzuführen.

Die Persönliche Assistenz erfüllt die Aufgabe für den Arbeitgeber/die Arbeitgeberin und führt daher nur Handlungen aus, zu denen diese/r sie durch sein/ihr Einverständnis ermächtigt.

Die Persönliche Assistenz übernimmt keine medizinische Verantwortung für den Arbeitgeber/die Arbeitgeberin und wird Handlungen, die der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin ablehnt, nicht ausführen.

Wenn ein akutes, nicht vorhersehbares Ereignis im Verlauf der Behinderung oder eine neue Erkrankung auftritt, wird die Persönliche Assistenz so reagieren, wie man die Hilfestellung üblicherweise erwarten kann (Hilfe holen/Rettung verständigen), aber keine medizinische Verantwortung übernehmen.

Dieser Passus ist mit Gegenstand der Vereinbarung zwischen dem/der unten namentlich angeführten Arbeitnehmer/in und dem/der unten namentlich angeführten Arbeitgeber.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes/der Ärztin / des Pflegepersonals