**Muster für die Delegation einzelner ärztlicher Tätigkeiten gemäß § 50a Ärztegesetz**

**an Angehörige, Personen, in deren Obhut der Patient steht, sowie Personen mit einem örtlichen oder persönlichen Naheverhältnis zum Patient**

Hiermit übertrage ich, Dr. ................................................ (im Folgenden kurz: Arzt), nachstehende einzelne ärztliche Tätigkeiten an Frau/Herrn................................................................................... :

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

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

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

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

[Achtung:

Ganz konkret anführen, welche einzelnen ärztlichen Tätigkeiten übertragen werden und diese ganz genau beschreiben, insb. wie oft diese Tätigkeiten täglich durchzuführen sind, in welchen Abständen, ab wann, was dabei zu berücksichtigen ist,....]

Frau/Herr .............................. ist (eine Voraussetzung muss vorliegen, Zutreffendes bitte ankreuzen):   
0 Angehörige/r des Patienten   
0 Person, in deren Obhut der Patient steht   
0 Person, die zum Patienten in einem örtlichen und persönlichen Naheverhältnis steht

[Achtung:

Eine Übertragung ist nur möglich, sofern sich der Patient nicht in einer Einrichtung, die der medizinischen oder psychosozialen Behandlung, Pflege oder Betreuung dient, befindet.

Eine Übertragung ist davon abweichend auf Personen möglich, die im Rahmen eines Dienstverhältnisses zu Trägern von Einrichtungen der Behindertenbetreuung, die behördlich bewilligt sind oder der behördlichen Aufsicht unterliegen, behinderte Menschen in multiprofessionellen Teams, deren Aufgabe die ganzheitliche Begleitung und Betreuung der behinderten Menschen ist, in einer Gruppe von höchstens zwölf behinderten Menschen betreuen. Dabei sind qualitätssichernde Maßnahmen vorgesehen, insbesondere betreffend Schriftlichkeit, Befristung, Widerruf und Dokumentation der Übertragung.]

Alle nachstehenden Voraussetzungen für eine Übertragung müssen vorliegen (bitte ankreuzen):

1. Erteilung der erforderlichen Anleitung und Unterweisung an die genannte Person,

insbesondere Hinweis auf nachstehende Punkte:

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

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

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

0 Vergewisserung, dass die genannte Person über die erforderlichen Fähigkeiten   
 verfügt

0 Hinweis an die genannte Person auf die Möglichkeit der Ablehnung der Übertragung

Die Übertragung erfolgt bis........................................... (z.B. Dauer, auf Widerruf).

.................................., am ............................

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

(Unterschrift Frau/Herr ...................................) (Unterschrift Arzt)