**Behandlungsvereinbarung**

Vereinbarung zwischen:

Frau/ Herr ………………………….. ………………………………… ………………..

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift ………………………….. ………………………………… ………………..

Straße PLZ Wohnort Telefon

und dem

Krankenhaus: …………………………………………………………………………………..

Name

Anschrift : ………………………….. ………………………………… ………………..

Straße PLZ Ort Telefon

**Präambel**

Die Behandlungsvereinbarung enthält notwendige und hilfreiche Absprachen für eine erneute stationäre Behandlung. Sie dient gegenseitiger Vertrauensbildung und erleichtert den Umgang miteinander.

Eine Behandlungsvereinbarung kann Wunsch von Patienten, deren Angehörigen, von Betreuern und Mitarbeitern des Krankenhauses sein nach einem Prozess des therapeutischen Miteinanders auch und besonders in schwierigen Situationen. Ziel ist es, die Erfahrungen der Patienten im Umgang mit ihren Krisen in der weiteren Behandlung zu nutzen. So entsteht die Möglichkeit, sich nach akuten Krisensituationen über künftige Therapiemaßnahmen, besondere Wünsche und Anforderungen im Umgang miteinander, gewünschtes Krisenmanagement etc. zu verständigen.

Die Klinik trägt im Rahmen der gesetzlich gegebenen Möglichkeiten (PsychKG, Betreuungsrecht (BGB)) für die Einhaltung der getroffenen Absprachen Sorge.

Bei Gefahr für Gesundheit oder Leben entscheidet die Krankenhausleitung/ Stationsleitung nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Die Inhalte der Behandlungsvereinbarung stellen zwar keinen rechtswirksamen Vertrag dar, sind aber von beiden Seiten eine verbindlich gefasste hilfreiche Absichtserklärung.

Beide Seiten bemühen sich um die Umsetzung der getroffenen Absprachen. Wenn dies nicht, oder nicht in allen Punkten gelingt, dann werden die aufgetretenen Schwierigkeiten in einem gemeinsamen Gespräch ausgewertet. Die Bereitschaft miteinander im Gespräch zu bleiben, ist Voraussetzung für das Gelingen einer Vereinbarung

Diese Präambel ist Bestandteil der Absprachen.

Die Absprachen der Behandlungsvereinbarung gelten grundsätzlich für alle Stationen.

Soweit in dieser Behandlungsvereinbarung lediglich die männliche Form verwendet wird, geschieht dies nur aus Gründen der Leichteren Lesbarkeit des Textes. In jedem Fall soll auch die weibliche Form mit umfasst sein.

**1. Kontakte**

Die Vertrauensperson/en ist/sind in jedem Fall unverzüglich zu benachrichtigen:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Straße: | PLZ: | Ort: | Tel.-Nr.: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Folgende Personen sollen Zugang zu mir haben können

(auch im Fall einer Fixierung/ Isolierung):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Straße: | PLZ: | Ort: | Tel.-Nr.: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Weitere Kontaktabsprachen (z.B. gewünschter Besuch durch Selbsthilfegruppen oder Besuch eines Vertreters einer Religionsgemeinschaft):

|  |  |
| --- | --- |
| Funktion/ Status: | Name |
|  |  |
|  |  |

Mit folgenden Personen möchte ich keinen Kontakt haben, auch wenn diese es ausdrücklich wünschen:

|  |  |
| --- | --- |
| . | Name |
|  |  |
|  |  |

**2. Aufnahme der Behandlung:**

Zurzeit behandelnder Psychiater/ Therapeut und ambulante Dienste:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name Psychiater/ Therapeut: | Straße: | PLZ: | Ort: | Tel.-Nr.: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ambulanter Dienst: | Region: | Ansprechpartner | Tel.-Nr.: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Bei bestehender Betreuung nach dem Betreuungsrecht:

AZ: …………………………. Amtsgericht:…………………………………………………

Wirkungskreise:

…………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name Betreuer: | Straße: | PLZ: | Ort: | Tel.-Nr.: |
|  |  |  |  |  |

Ich wohne im Stadtteil: …………………………………

Und möchte, soweit es möglich ist, in der Station …………. aufgenommen werden.

**Gewünschte Bezugspersonen auf der Station:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Dienstbezeichnung: |
|  |  |  |
|  |  |  |

□ Ich möchte möglichst von **weiblichen** Mitarbeiterinnen aufgenommen und behandelt werden.

□ Ich möchte möglichst von **männlichen** Mitarbeitern aufgenommen und behandelt werden.

|  |
| --- |
| In der Aufnahmesituation ist für mich Folgendes hilfreich  (z.B. Ruhe, Gespräch und Kontakt, Anwesenheit bestimmter Personen): |
|  |

Ich wünsche, dass in der Aufnahmesituation und während der Behandlung möglichst die **muttersprachliche Fachkraft:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Dienstbezeichnung: | Station: | Tel.-Nr.: |
|  |  |  |  |  |

oder der **Dolmetscher** hinzugezogen wird:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name Dolmetscher: | Straße: | PLZ: | Ort: | Tel.-Nr.: |
|  |  |  |  |  |

**3. Hinweise für die Behandlung**

|  |
| --- |
| (z.B. Umgang mit Suizidalität, Umgang mit „Gereiztheit“, Umgang mit „Entweichung“) |
|  |

**3.1 Medikamente**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ich nehme zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente: | | | | | |
| Medikament | Dosierung | | | | Bemerkung |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

In akuten Krisen bin ich mit der Einnahme folgender Medikamente einverstanden

|  |  |
| --- | --- |
| Medikament | Bemerkung |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Unverträglichkeiten waren bzw. nicht geholfen haben:

|  |  |
| --- | --- |
| Medikament: | Bemerkung: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Ich möchte folgende Medikamente bzw. Medikamentengruppen möglichst nicht einnehmen:

|  |  |
| --- | --- |
| Medikament: | Bemerkung: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

□ Ich möchte die Therapie in der Klinik nutzen, jedoch möglichst keine Psychopharmaka

einnehmen.

Sofern nach …. Tag(en) keine Besserung eingetreten ist, bin ich bereit, folgende Medikamente einzunehmen, weil sie in Krisensituationen bisher **hilfreich** waren:

|  |  |
| --- | --- |
| Medikament: | Bemerkung: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich folgende Darreichungsformen:

Begründung

□ Tabletten/ Dragees

□ Tropfen

□ i.v.– Gabe (in die Vene)

□ i.m. Depotpräparat (in den Muskel)

**3.2 Nichtmedikamentöse Behandlungsformen**

Ich möchte in Krisensituationen:

□ Ergotherapie □ Bewegungstherapie □ Gruppentherapie

□ psychotherapeutische Gespräche □ ……………………………………

möglichst wahrnehmen können.

**4. Zwangsbehandlung**

Aus meiner Erfahrung mit mir sollte zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen unbedingt Folgendes versucht werden:

|  |
| --- |
| (z.B. Gespräch mit …., Einzelbetreuung, Reizabschirmung, Bewegung, Essen, Rauchen, Bad) |
|  |

Falls Zwangsmaßnahmen unumgänglich werden, soll Folgendes aufgrund meiner persönlichen Erfahrung beachtet werden:

|  |
| --- |
| (z.B. Erklärungen zur Ausgangsbeschränkung, Zwangsmedikation, Fixierung, Isolierung) |
|  |

Bei Erfordernis einer mechanischen Beschränkung soll berücksichtigt werden:

|  |
| --- |
| (z.B. welche Personen sich an der Sitzwache beteiligen sollen, wer Zugang haben soll) |
|  |

Sofern ich mich freiwillig in der Klinik befinde und extreme Gefahrensituationen (Selbst- oder Fremdgefährdung) auftreten, können aus ärztlicher Sicht folgende Maßnahmen notwendig sein:

|  |
| --- |
|  |

Das ist keine Zustimmung im Voraus zu diesen Maßnahmen.

Bei der Erfordernis von Zwangsmaßnahmen soll Frau/Herr ………………………. benachrichtigt werden.

Die Dokumentation über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen soll durch Klinikmitarbeiter und mir (auf Wunsch auch mit einer Vertrauensperson) eingesehen und besprochen werden.

**5. PsychKG / BTG**

Wenn ich infolge eines Beschlusses nach dem Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) oder nach Betreuungsrecht (BGB) in die Klinik gegen meinen Willen eingewiesen wurde, möchte ich sobald wie möglich eine Freiwilligkeitserklärung abgeben können.

Mit folgender Vertrauensperson/ Betreuer/ Einrichtung habe ich folgende Vereinbarung zur Abwendung eines Beschlusses nach PsychKG/ BGB getroffen:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Straße: | PLZ: | Ort: | Tel.-Nr.: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**6. Soziale Situation**

Die Klinik ist bemüht, sich im Rahmen der Möglichkeiten des eigenen Sozialdienstes um die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu kümmern (ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson/ dem Betreuer).

Sollte der Sozialdienst feststellen, dass die Regelung bestimmter Angelegenheiten von ihm selbst nicht geleistet werden kann, hat er Sorge dafür zu tragen, dass andere Personen oder Dienste (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungs- und Betreuungsstellen) über die Bedarfslage informiert werden.

Bei mir ist Folgendes zu klären:

**Wohnung:**

□ Situation im Haus mit Vermieter/ drohende Kündigung/ Nachbarn/ Hausfrieden

□ Ist die Wohnung abgeschlossen/ aufgebrochen?

□ Hausdienste z.B. Treppenputzen

□ Strom □ Gas □ Wasser □ Post □ Inventar □ Pflanzen □ Tiere

□ Sonstiges: …………………………………………………………………………………….

**Finanzen:**

□ anstehende Zahlungsverpflichtungen

□ Rückgängigmachen von Kaufverträgen

□ Überziehung des Bankkontos, Absprachen mit der Bank

□ Sonstiges: …………………………………………………………………………………….

**Fahrzeuge:**

□ absichern [□ PKW □ Motorrad □ Mofa □ Sonstiges: ………................

**Arbeitgeber / Schule**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Straße: | PLZ: | Ort: | Tel.-Nr.: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Der Kontakt mit dem Arbeitgeber soll wie folgt aufgenommen werden (z.B. durch Vertrauensperson am Arbeitsplatz)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Kinder**

Ich habe folgende Kinder:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ich möchte, dass sich Frau/ Herr um die Kinder kümmert:

|  |  |
| --- | --- |
| Funktion / Status: | Name: |
|  |  |
|  |  |

oder

□ mit der Krankenkasse ……………………. gemäß § 38 SGB V die Haushaltshilfe und, falls da keine Lösung gefunden werden kann,

□ mit dem Jugendamt weitere Hilfen abgeklärt werden.

**7.Sonstige Absprachen, Verpflichtungen, wichtige Termine und Ereignisse:**

|  |
| --- |
|  |

Ich verpflichte mich, in der Krise nach bestem Vermögen die Behandler ausreichend zu informieren, mich der Gewalt gegen mich und andere zu enthalten und, wenn ich dies nicht gewährleisten kann, mich an das Personal zu wenden.

Diese Absprachen können jederzeit auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner grundlegende Dinge ändern, wird er sich mit dem anderen in Verbindung setzen. Die Vereinbarung endet ohne erneute Bestätigung nach 2 Jahren. Zur Verlängerung reicht eine erneute Unterschrift des Patienten und der Klinikleitung aus.

Berlin, den ………………………………

………………………………… ………………………………. ………………………………….

Patient Vertrauensperson Betreuer

………………………………… ………………………………. ………………………………….

Zuständiger Oberarzt Pflegedienst

**Bevollmächtigung einer Vertrauensperson**

Es ist hilfreich, eine Vertrauensperson zu benennen, aber keine Voraussetzung für den Abschluss dieser Absprachen und der Regelung der zukünftigen Behandlung.

Ich gebe folgende Erklärung ab, die jederzeit widerrufen werden kann:

Ich, …………………………………………… bevollmächtige hiermit meine Vertrauensperson

…………………………………., …………………………………, ………………………………

Name Vorname Telefon

……………………………………………………………………………………………………………..

Anschrift

alle Angelegenheiten, die ich selbst nicht wahrnehmen kann, zu übernehmen und für mich zu erledigen. Die Vertrauensperson ist auf jeden Fall unverzüglich über meine Aufnahme in die Klinik zu informieren. Sie soll von Anfang an hinzugezogen werden. Ihr gegenüber entbinde ich die Klinik von der Schweigepflicht und ermächtige die Vertrauensperson

□ alle Daten weiterzugeben,

□ Daten von allen natürlichen und juristischen Personen – Institutionen, Behörden, Kranken-

häusern, Geldinstituten und Sozialleistungsträgern - abzufragen,

□ für mich Akteneinsicht wahrzunehmen.

Falls Frau/ Herr ……………………….. als Vertrauensperson nicht zu erreichen ist, soll

Frau/ Herr ………………………….., ………………………….., ………………………………

Name Vorname Telefon

…..……………………………………………………………………………………………

Anschrift

ihre/seine Vertretung übernehmen.

Berlin, den …………………………..

……………………………………………….. …………………….

Patient Vertrauensperson