

# Behandlungsvereinbarung

zwischen

**Vorname, Name:** \_\_\_\_\_

**Straße, PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

und der

**Klinik** \_\_\_\_\_

Die Klinik \_\_\_\_\_ kommt in ihrem psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich dem gesetzlichen Pflichtversorgungsauftrag nach. Sie nimmt in diesem Rahmen Menschen auch gegen ihren Willen auf richterlichen Beschluß in die stationäre psychiatrische Behandlung auf. Diese Maßnahme entspricht einer schweren Einschränkung der im Grundgesetz verbürgten Rechte auf Freiheit und Unversehrtheit. Um die Auswirkungen dieser Einschränkungen in Zukunft möglichst klein zu halten und besser noch zu vermeiden, verpflichtet sich die Klinik:

- Für die Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des psychiatrischen Krankengesetzes (PsychKG) oder des Betreuungsrechtes.
- Auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen, insbesondere für den Fall, daß die Klinik sich nicht an die Absprachen halten konnte.

Von den Absprachen darf nicht abgewichen werden, wenn nicht zuvor der/die zuständige Oberarzt / Oberärztin bzw. der fachärztliche Hintergrunddienst eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies von seiten der Klinik zu dokumentieren, ausführlich zu begründen und mit dem/der Patienten/Patientin zu besprechen.

Herr/Frau \_\_\_\_\_ erkennt die Verbindlichkeit der getroffenen Vereinbarung an.

## Zusammenfassung der wichtigsten Vereinbarungen:

1. Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Auf keinen Fall folgende Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Zwangsmaßnahmen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Umgang mit Krisen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Vereinbarte Station: \_\_\_\_\_
6. Vertrauensperson: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Angehörige: \_\_\_\_\_

# B e h a n d l u n g s v e r e i n b a r u n g

Datum des Gesprächs: \_\_\_\_\_

Anwesend sind: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es werden folgende Vereinbarungen getroffen:

1. Im Falle einer stationären Aufnahme beauftragt Herr/Frau \_\_\_\_\_  
seine/ihre Vertrauensperson

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Telefon

alle Angelegenheiten, die er/sie nicht selbst wahrnehmen kann, zu übernehmen.  
Die Vertrauensperson soll möglichst von Anfang an hinzugezogen werden.

Ihr gegenüber entbindet Herr/Frau \_\_\_\_\_ die Klinik von der Schweigepflicht  
und ermächtigt sie,

- Daten weiterzugeben  
 Daten von Institutionen und Sozialleistungsträgern abzufragen.

Falls die o.a. Vertrauensperson nicht erreichbar ist, soll

\_\_\_\_\_

ihre Vertretung übernehmen.

Umgehend informiert werden müssen folgende Angehörige:

\_\_\_\_\_

Behandelnder Psychiater / zuständige ambulante Dienste sind:

\_\_\_\_\_

## 2. Kontakte

Folgende Personen sollen in den ersten Tagen möglichst viel Zeit mit ihm/ihr verbringen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mit folgenden Personen möchte er/sie keinen Kontakt haben, auch wenn sie von sich aus in die  
Klinik kommen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# B e h a n d l u n g s v e r e i n b a r u n g

Weitere Kontaktabsprachen sind gewünscht / nicht gewünscht: (z.B. Vertreter der Selbsthilfegruppe, einer Religionsgemeinschaft etc.):

---

---

### 3. Aufnahme und Behandlung:

Herr/Frau \_\_\_\_\_ wohnt im Zuständigkeitsbereich von Station

---

Als Bezugspersonen aus dem Stationsteam sind gewünscht:

---

In der Aufnahmesituation ist für ihn/sie folgendes hilfreich:

- in Ruhe gelassen werden
- möglichst nicht allein sein
- Gespräche
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Frau \_\_\_\_\_ sollte möglichst von Mitarbeiterinnen aufgenommen und behandelt werden. Auf ihr besonderes Schutzbedürfnis ist Rücksicht zu nehmen.

Weitere Hinweise für die Behandlung (z.B. Umgang mit Suizidalität, Umgang mit vorschnellen Entlassungswünschen etc.):

---

---

---

Besondere Wünsche an den Therapieplan:

---

---

---

---

# B e h a n d l u n g s v e r e i n b a r u n g

## 4. Medikamente und Notfallbehandlung

Herr/Frau \_\_\_\_\_nimmt zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Herr/Frau\_\_\_\_\_ lehnt folgende Medikamente grundsätzlich ab, weil schwere Unverträglichkeitsreaktionen aufgetreten sind:

---

---

Herr/Frau\_\_\_\_\_wünscht regelmäßige Gespräche zur Überprüfung der Wirksamkeit der Medikamente.

Sofern nach ca. 1 Woche keine Besserung eintritt, ist er/sie bereit, andere Medikamente zu nehmen.

Bei der Medikamenteneinnahme wird folgende Form bevorzugt:

- Tabletten/Dragees
- Tropfen
- Spritzen
- Depot

Gründe:

---

Besondere Vereinbarungen zur medikamentösen Behandlung

---

---

---

# B e h a n d l u n g s v e r e i n b a r u n g

## 5. Zwangsmaßnahmen:

Falls während der Behandlung psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll vorher folgendes unbedingt versucht werden  
(Prioritäten durch die Ziffern 1, 2, 3 kennzeichnen):

- Begleitung im weichen Zimmer/Rückzug in reizarme Umgebung
- Einzelbetreuung
- Vertrauensperson hinzuziehen
- Gespräch
- Bad
- Spaziergang mit: \_\_\_\_\_
- Bewegung
- Essen anbieten
- Rauchen
- Musik machen/Musik hören

Bei Zwangsmaßnahmen soll \_\_\_\_\_  
benachrichtigt werden.

Zur Abwendung eines Beschlusses soll aufgrund meiner Erfahrungen berücksichtigt werden:  
(nach Möglichkeit Reihenfolge):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Falls Zwangsmaßnahmen unumgänglich sind, ist folgende Reihenfolge anzustreben:  
(Prioritäten durch die Ziffern 1, 2, 3 kennzeichnen)

- Ausgangsbeschränkung
- Zwangsmedikation
- Isolierung
- Fixierung
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Folgende Personen bittet Herr/Frau \_\_\_\_\_ um Beteiligung an der Sitzwache:

\_\_\_\_\_

Folgende Personen sollen im Falle einer Fixierung Zugang haben:

\_\_\_\_\_

**Dies ist keine Zustimmung im voraus zu diesen Maßnahmen !**

Die vorhandene Dokumentation über die Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam eingesehen und besprochen werden.

# B e h a n d l u n g s v e r e i n b a r u n g

Falls Herr/Frau \_\_\_\_\_ infolge eines Beschlusses nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in die Klinik zwangseingewiesen werde, soll schnellstmöglich eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden.

## 6. Soziale Situation

Im Notfall ist folgendes zu regeln

Wohnung:

- Situation im Haus mit Nachbarn (Hausfrieden)
- Ist die Wohnung abgeschlossen?

Der Haustürschlüssel/Wohnungsschlüssel befindet sich bei:

\_\_\_\_\_

Kinder

Herr/Frau \_\_\_\_\_ hat folgende Kinder (Name, Geburtsdatum):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für die Kinder ist folgende Betreuungsmöglichkeit vorgesehen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hausdienste:

- |                                 |                                |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Licht     | <input type="radio"/> Gas      | <input type="radio"/> Wasser   |
| <input type="radio"/> Strom     | <input type="radio"/> Inventar | <input type="radio"/> Pflanzen |
| <input type="radio"/> Haustiere |                                |                                |

Finanzen

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> regelmäßige Zahlungen                           | <input type="radio"/> Ratenzahlungen |
| <input type="radio"/> Rückgängigmachen von Ratenzahlungen             |                                      |
| <input type="radio"/> Überziehung des Kontos, Absprachen mit der Bank |                                      |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Fahrzeuge absichern

\_\_\_\_\_

# Behandlungsvereinbarung

Arbeitgeber / Schule:

---

---

Krankmeldung an den Arbeitgeber ohne Kennzeichnung „Psychiatrische Klinik“  
(z.B. über den Hausarzt)

Der Kontakt mit dem Arbeitgeber soll wie folgt aufgenommen werden:

---

---

Verpflichtungen:

Es wurden für folgende Personen Verpflichtungen übernommen:

---

---

Wichtige Termine und Ereignisse:

---

---

## 7. Sonstige Absprachen

---

---

---

---

---

Diese Vereinbarung kann jederzeit auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner grundlegende Dinge ändern, wird er/sie sich mit den weiteren Teilnehmern in Verbindung setzen.

Gütersloh, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Psychiatrie-Erfahrene/r

\_\_\_\_\_  
Vertrauensperson

\_\_\_\_\_  
Gesetzliche/r BetreuerIn

\_\_\_\_\_  
zuständige/r Facharzt/Fachärztin

\_\_\_\_\_  
zuständige/r MitarbeiterIn Pflegedienst