



UniversitätsKlinikum Heidelberg

## Behandlungsvereinbarung

Erklärungen und Absprachen für den Fall einer stationären Behandlung in der akuten Krise zwischen:

\_\_\_\_\_  
Familiennamen

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Mobilfunknummer

und der

Klinik für Allgemeine Psychiatrie  
Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg  
Voßstraße 2  
69115 Heidelberg

vom:

\_\_\_\_\_  
Datum

Die Vorlage dieser Behandlungsvereinbarung wurde gemeinsam von Vertretern der Selbsthilfegruppe HEIPER (Heidelberger Psychiatrie-Erfahrene) und ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg erstellt (Stand 05.05.2017).

|  |       |
|--|-------|
| 1. Präambel.....                             | S. 3  |
| 2. Kontakte.....                             | S. 4  |
| 3. Ambulante Behandler, Betreuer.....        | S. 7  |
| 4. Hilfreiche Teammitglieder.....            | S. 9  |
| 5. Hilfreiches in der Aufnahmesituation..... | S. 10 |
| 6. Sprachen.....                             | S. 11 |
| 7. Medikamente.....                          | S. 12 |
| 8. Nicht medikamentöse Maßnahmen.....        | S. 14 |
| 9. Ressourcen und Perspektiven.....          | S. 15 |
| 10. Soziale Situation.....                   | S. 16 |

## 1. Präambel

Seit Jahren bestehen positive regelmäßige Kontakte der Klinik zu Selbsthilfegruppen Psychiatrie-Erfahrener vor Ort. Mit diesen wurde das nachfolgende Rahmenpapier ausgearbeitet. Die Klinik will mit diesen Absprachen die Erfahrung der Psychiatrie-Erfahrenen nutzen, um in Krisensituationen adäquat zu helfen. Psychiatrie-Erfahrene sehen sich zunehmend für ihre psychische Entwicklung selbst verantwortlich und möchten hiermit erreichen, dass ihre Erfahrungen mit ihren Krisen in der Klinik beachtet und im Rahmen einer zukünftigen Behandlung genutzt und umgesetzt werden.

Diese Behandlungsabsprachen dienen der **gegenseitigen Vertrauensbildung**. Sie enthalten wichtige Hinweise für eine individuell angemessene Behandlung. Die getroffenen Absprachen bilden keinen rechtlich einklagbaren Vertrag.

**Die Klinik verpflichtet sich**, diese Vereinbarung wann immer möglich einzuhalten, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des PsychKHG oder des Betreuungsgesetzes. Von den Absprachen darf nicht abgewichen werden, wenn nicht zuvor die / der zuständige Oberärztin / Oberarzt eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, so sind die Behandler verpflichtet, dies ausführlich zu begründen und zu dokumentieren sowie mit der Patientin / dem Patienten zu besprechen, wenn diese / dieser es wünscht. Ist dies in der Situation selbst aufgrund der Schwere der aktuellen Krankheitssymptomatik nicht möglich, so hat die Patientin / der Patient ein Recht auf eine Nachbesprechung im weiteren Behandlungsverlauf.

Diese Absprachen und Erklärungen haben außerdem für Psychiatrie-Erfahrene den Vorteil, sich im Vorfeld mit ihrer sozialen Situation (soziales Umfeld, Freundeskreis, Gründe für die Entstehung von Krisen usw.) auseinander zu setzen.

## 2. Kontakte

Folgende Vertrauensperson(en) soll(en) über Aufnahme, Krankheitsbild, Behandlungsverlauf und Entlassung informiert werden. Wenn ich dazu selbst nicht in der Lage bin, bitte ich die Klinik, den Kontakt herzustellen und entbinde die Klinikmitarbeiter diesbezüglich von der Schweigepflicht. (D.h., die Klinikmitarbeiter dürfen die Vertrauensperson(en) über meine Aufnahme, Krankheitsbild, Behandlungsverlauf und Entlassung informieren.) Die Klinik kommt diesem Wunsch sobald wie möglich nach.

Im Falle, dass ich in der Akutsituation ausdrücklich doch nicht mehr wünsche, dass die Klinikmitarbeiter Kontakt zu der / den genannten Vertrauensperson(en) aufnehmen, werden diese von den Klinikmitarbeitern nicht kontaktiert.

\_\_\_\_\_  
Familiename

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

oder

\_\_\_\_\_  
Mobilfunknummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Familiename

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

oder

\_\_\_\_\_  
Mobilfunknummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Familiename

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

oder

\_\_\_\_\_  
Mobilfunknummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse



Mit folgender / folgenden Person(en) möchte ich keinen Kontakt haben, auch wenn diese es ausdrücklich wünscht / wünschen.

Im Falle, dass ich in der Akutsituation ausdrücklich doch wünsche, dass ich Kontakt zu der / den genannten Person(en) habe, unterstützen mich die Klinikmitarbeiter soweit möglich in diesem Wunsch.

\_\_\_\_\_  
Familiennamen

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

oder

\_\_\_\_\_  
Mobilfunknummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Familiennamen

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

oder

\_\_\_\_\_  
Mobilfunknummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Familiennamen

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

oder

\_\_\_\_\_  
Mobilfunknummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

### 3. Ambulante Behandler, Betreuer

Zurzeit behandelnder Psychiater oder behandelnde Psychiaterin, behandelnder Therapeut oder behandelnde Therapeutin und behandelnder Hausarzt oder Hausärztin:

\_\_\_\_\_  
Name des Psychiaters / der Psychiaterin

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl      Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Name des Therapeuten / der Therapeutin

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl      Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes / der Hausärztin

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl      Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Gegenüber o.g. Personen entbinde ich die Klinikmitarbeiter von der Schweigepflicht.

Es besteht Kontakt zu folgenden Einrichtungen und Diensten für Menschen mit psychischen Krankheiten (z. B. Heidelberger Werkgemeinschaft (HWG), Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi), Tagesstätte in der Plöck, St. Thomas, Sozialdienst katholischer Frauen etc.):

\_\_\_\_\_  
Einrichtung / Dienst

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner / Ansprechpartnerin

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Einrichtung / Dienst

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner / Ansprechpartnerin

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Einrichtung / Dienst

Ansprechpartner / Ansprechpartnerin

Telefonnummer

### Bei bestehender Betreuung nach dem Betreuungsgesetz

Betreuer oder Betreuerin:

Familienname des Betreuers / der Betreuerin

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefonnummer

oder

Mobilfunknummer

E-Mail-Adresse

Wirkungskreis

Aktenzeichen



#### 4. Folgende Teammitglieder waren in Voraufenthalten hilfreich für mich

\_\_\_\_\_  
Familiename

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Dienstbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Station/ Funktionsbereich

\_\_\_\_\_  
Familiename

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Dienstbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Station/ Funktionsbereich

\_\_\_\_\_  
Familiename

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Dienstbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Station/ Funktionsbereich

**5. In der Aufnahmesituation war Folgendes hilfreich für mich**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**6. In folgenden Sprachen kann ich mich verständigen**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

## 7. Medikamente

Gut geholfen haben mir folgende Medikamente:

| Symptom | Medikament | Bemerkung / bevorzugte Darreichungsform |
|---------|------------|---|
|         |            |   |
|         |            |   |
|         |            |   |
|         |            |   |
|         |            |   |
|         |            |   |
|         |            |   |
|         |            |   |
|         |            |   |

Schlecht vertragen habe ich folgende Medikamente:

| Symptom | Medikament | Nebenwirkung / aufgetretenes Problem |
|---------|------------|--------------------------------------|
|         |            |                                      |
|         |            |                                      |
|         |            |                                      |
|         |            |                                      |
|         |            |                                      |
|         |            |                                      |
|         |            |                                      |
|         |            |                                      |
|         |            |                                      |

Ich möchte die Unterstützung der Klinik nutzen, auch wenn ich zunächst keine Psychopharmaka einnehmen möchte.

Hilfreich waren in Voraufenthalten folgende Therapien / Maßnahmen:

---

---

---

---

---

---

## 8. Nicht medikamentöse Maßnahmen

**Ich möchte in der Krise:**

(z.B. Musik hören, Spaziergänge, rauchen ...)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 9. Ressourcen und Perspektiven

**In der Krise kann man mich mit der Erinnerung an folgende Ressourcen oder Perspektiven gut für eine Therapie motivieren:**

(z.B. Studium, Ausbildung, Beruf, Hobbies, Familie, mittelfristige Lebensziele...)

---

---

---

**Folgende Ressourcen habe ich in früheren Krisen gut nutzen können:**

---

---

---

## 10. Soziale Situation

Die Klinik unterstützt mich im Zuge des Aufenthaltes durch den klinikeigenen Sozialdienst.  
Hierbei sollen besonders berücksichtigt werden:

(z.B. pflegebedürftige Angehörige, Kinder, Haustiere)

---

---

---

---



Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, aus der nicht die genaue Klinikbezeichnung hervorgeht (gestempelt mit „Universitätsklinikum Heidelberg“) soll an folgenden Arbeitgeber gehen:

---

Name

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl

---

Ort

---

Telefonnummer

---

E-Mail-Adresse

Sonstiges:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich erkläre mich bereit, die Behandler, so gut es mir möglich ist, zu informieren.

Seitens der Klinik wird geraten, die Gültigkeit der Angaben regelmäßig zu überprüfen und zu aktualisieren. Die Änderungen teile ich der Klinik auf dem Postweg mit.

Die Behandlungsvereinbarung kann jederzeit widerrufen werden.

Die in der Klinik vorhandenen Aufzeichnungen zu den oben genannten Absprachen werden aktualisiert durch:

\_\_\_\_\_  
Name des Ansprechpartners / der Ansprechpartnerin

Heidelberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Psychiatrieerfahrene(r)

\_\_\_\_\_  
Vertrauensperson

\_\_\_\_\_  
ggf. Betreuer / Betreuerin nach BGB

\_\_\_\_\_  
behandelnde(r) Stationsarzt / -ärztin

\_\_\_\_\_  
Pflegermitarbeiter(in)

\_\_\_\_\_  
Sozialdienst