

PSYCHIATRISCHES ZENTRUM NORDBADEN

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg

Zentrum für Psychiatrie
Heidelberger Str. 1 a
69168 Wiesloch

Datum: 12.12.2008

Behandlungsvereinbarung zwischen

Name, Vorname:.....

Straße, PLZ, Ort:.....

Telefon:.....

und dem Psychiatrischen Zentrum Nordbaden in Wiesloch

Es werden folgende Vereinbarungen getroffen:

Das Psychiatrische Zentrum Nordbaden kommt in seinem psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich seinem Behandlungsauftrag nach. Es nimmt in diesem Rahmen unter Umständen auch Menschen gegen ihren Willen auf richterlichen Beschluss in die stationäre psychiatrische Behandlung auf. Diese Maßnahme entspricht einer rechtlich legitimierten, vorübergehenden Einschränkung der im Grundgesetz verbürgten Rechte auf Freiheit und Unversehrtheit. Um die Auswirkungen dieser Einschränkung in Zukunft möglichst klein zu halten und noch besser zu vermeiden, verpflichtet sich die Klinik:

- Für die Einhaltung der Absprachen konkrete Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des Unterbringungsgesetzes (UBG) 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 im Regelfall 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 werden muß, ist der Patient von Seiten der Behandler hierüber eingehend zu informieren. Von Seiten der Behandler ist dieses Abweichen ausführlich zu dokumentieren und zu begründen.

Herr/Frau erkennt seinerseits/ihrerseits die Verbindlichkeit der getroffenen Vereinbarung an.

Zusammenfassung der wichtigsten Vereinbarungen:

Medikamente:

.....
Auf keinen Fall folgende Medikamente:

.....
Zwangmaßnahmen:

.....
Umgang mit Krisen:

.....
Bevorzugte Station:

.....
Vertrauensperson:

.....
Angehörige:

.....

Behandlungsvereinbarung

Datum des Gesprächs:

.....

Anwesend sind:

.....
.....

Es werden folgende Vereinbarungen getroffen:

Im Falle einer stationären Aufnahme beauftragt Herr/Frau
seine/ihre Vertrauensperson/Betreuer Herr/Frau

(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 sollen folgende Angehörige:

.....
.....

Behandelnder Psychiater / zuständige ambulante Dienste sind:

.....
.....

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:

.....
.....

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

Aufnahme und Behandlung

Herr/Frau wohnt im Zuständigkeitsbereich der Abteilung/Station:

Als Bezugspersonen aus dem Stationsteam sind gewünscht:

In der Aufnahmesituation ist für ihn/sie erfahrungsgemäß folgendes hilfreich:

- In Ruhe gelassen werden
- Möglichst nicht alleine sein
- Gespräche
- Sonstiges:
-
-

Frau sollte möglichst von Mitarbeiterinnen aufgenommen und behandelt werden. Auf ihr besonders 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:
.....
.....
.....

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 regelmäßig 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:

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

Zwangmaßnahmen

Dies ist keine Zustimmung im Voraus zu diesen Maßnahmen!

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

- Rückzug in reizarme Umgebung
- Einzelbetreuung
- Vertrauensperson hinzuziehen
- Gespräch
- Bad
- Spaziergang mit
- Bewegung
- Essen anbieten
- Rauchen
- Musik machen/Musik hören

Bei Zwangsmaßnahmen soll Herr/Frau benachrichtigt werden.

Zur Abwendung eines Unterbringungsbeschlusses soll aufgrund meiner Erfahrung berücksichtigt werden (nach Möglichkeit Reihenfolge):

1.
2.
3.

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

- Ausgangsbeschränkung
- Zwangsmedikation
- Isolierung
- Fixierung
- Sonstiges:

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

.....

Folgende Personen sollen im Falle einer Fixierung Zugang haben:

.....

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

Falls Herr/Frau infolge eines richterlichen Beschlusses in die Klinik zwangseingewiesen wird, soll schnellstmöglich eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden.

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:

- Licht Gas Wasser
 Strom Inventar Pflanzen
 Haustiere

Finanzen:

- Regelmäßige Zahlungen
 Rückgängigmachen von Ratenzahlungen
 Überziehung des Kontos, Absprachen mit der Bank
 Sonstiges:
.....
.....

Fahrzeuge absichern:

.....
.....

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:

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

