



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Behandlungsvereinbarung

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

Familiename

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

Im Falle einer Fixierung wird durch das Klinikpersonal eine Sitzwache gewährleistet.
Ich wünsche mir, dass folgende Person(en) jederzeit Zugang zu mir hat / haben, auch im Falle einer Fixierung oder Isolierung. Die Klinik kommt dem, wann immer möglich, nach.
Im Falle, dass ich in der Akutsituation ausdrücklich doch nicht mehr wünsche, dass die genannte(n) Person(en) Zugang zu mir hat / haben, wird ihr / ihnen kein Zugang zu mir gewährt.

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

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