

**AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM ROTENBURG gemeinnützige GmbH**

**DKR PSY Behandlungsvereinbarung**

**Erklärungen und Vereinbarungen für künftige stationäre psychiatrische  
Krankenhausbehandlungen zwischen**

Frau / Herr

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geb.-Datum

Anschrift:

\_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort

Telefon

und

**AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

Zusammenfassung der wichtigsten Vereinbarungen:

- Medikamente:
- Auf KEINEN Fall folgende Medikamente:
- Berücksichtigung bei Zwangsmaßnahmen:
- Positiver Umgang in Krisen:
- Vertrauenspersonen:
- Angehörige:

Vereinbarungsgespräch vom :

\_\_\_\_\_

Es nahmen folgende Personen teil:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---



---

Kopie erhalten:

---

Datum, Unterschrift

**Präambel**

Diese Behandlungsvereinbarung zwischen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (AGAPLESION Diakonieklinikum Rotenburg, Zentrum für Psychosoziale Medizin) und Menschen mit Psychiatrieerfahrung dient der gegenseitigen Vertrauensbildung als Grundlage einer individuell angemessenen Behandlung. Diese Absprachen berücksichtigen insbesondere auch beidseitige Erfahrungen aus vorangegangenen Krankenhausbehandlungen. Sie sollen helfen, Menschen in künftigen psychischen Krisen bedürfnisgerechtere Hilfe anzubieten und die Behandlung zu verbessern.

Die Vorlage für diese Vereinbarung ist in Diskussionen verschiedener Arbeitsgruppen der sozialpsychiatrischen Verbände (SPV) der Landkreise Rotenburg (Wümme) und Verden (Aller) entstanden; daran mitgewirkt haben u. a. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, gesetzliche Betreuer sowie Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Klinik.

Die Behandlungsvereinbarung wird in zeitlich ausreichendem Abstand zur Krankenhausbehandlung nach einer akuten Krise geschlossen. Die Menschen mit Psychiatrieerfahrung und die Mitarbeiter der Klinik verpflichten sich, diese Absprachen bei weiteren Behandlungen zu berücksichtigen.

Die getroffenen Absprachen bilden jedoch keinen rechtlich einklagbaren Vertrag.

Die Menschen mit Psychiatrieerfahrung und die Klinik werden bei wichtigen Veränderungen zur Ergänzung der Behandlungsvereinbarung das Gespräch suchen.

Freigabe	Chefarzt (s. Details roXtra)	Datum:	18.10.2016	PLK KH / WuP / MVZ:	KP 1.1 Administrative Aufnahme
Gültigkeitsprüfung am		Datum:	18.10.2016	Roxtra-ID; Version:	225575; 001/10.2016 Seite 2 von 11

**1. Aufnahme der Behandlung**

Zurzeit ambulante Behandlung durch:			
Hausärztin	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">Name</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">PLZ / Ort / Telefon</td></tr> </table>	Name	PLZ / Ort / Telefon
Name			
PLZ / Ort / Telefon			
Fachärztin	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">Name</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">PLZ / Ort / Telefon</td></tr> </table>	Name	PLZ / Ort / Telefon
Name			
PLZ / Ort / Telefon			
Psychotherapeutin	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">Name</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">PLZ / Ort / Telefon</td></tr> </table>	Name	PLZ / Ort / Telefon
Name			
PLZ / Ort / Telefon			

<b>Sozialpsychiatrischer Dienst</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">Name des Dienstes</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">Ansprechpartner</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">Telefon</td></tr> </table>	Name des Dienstes	Ansprechpartner	Telefon
Name des Dienstes				
Ansprechpartner				
Telefon				
<b>Ambulanter Dienst</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">Name des Dienstes</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">Ansprechpartner</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">Telefon</td></tr> </table>	Name des Dienstes	Ansprechpartner	Telefon
Name des Dienstes				
Ansprechpartner				
Telefon				
<b>Pflegedienst</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">Name des Dienstes</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">Ansprechpartner</td></tr> <tr><td style="text-align: center; padding: 2px;">Telefon</td></tr> </table>	Name des Dienstes	Ansprechpartner	Telefon
Name des Dienstes				
Ansprechpartner				
Telefon				



Bestehende juristische Betreuung/ Vorsorgevollmacht

**Betreuerin /  
Bevollmächtigte**

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ PLZ / Ort / Straße

\_\_\_\_\_ Telefon

**Aufgabenbereiche:**

**Amtsgericht /AZ:**

In der Aufnahmesituation ist für mich Folgendes hilfreich:

- 
- 
- 

Eine Aufnahme soll wenn möglich auf folgende Station erfolgen: \_\_\_\_\_

Bezugspflege soll wenn möglich durch eine weibliche Mitarbeiterin stattfinden.

Bezugspflege soll wenn möglich durch einen männlichen Mitarbeiter stattfinden.

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Dolmetschen könnte: \_\_\_\_\_



**2. Kontakte:**

Folgende Vertrauenspersonen sollen in jedem Fall benachrichtigt werden:	
Name:	
Funktion:	
Adresse:	
Telefon:	

Folgende Vertrauenspersonen sollen in jedem Fall benachrichtigt werden:	
Name:	
Funktion:	
Adresse:	
Telefon:	

Folgende Vertrauenspersonen sollen in jedem Fall benachrichtigt werden:	
Name:	
Funktion:	
Adresse:	
Telefon:	

Folgende Personen sollen jederzeit Zugang zu mir haben:	
Name:	
Funktion:	
Adresse:	
Telefon:	



Folgende Personen sollen jederzeit Zugang zu mir haben:	
Name:	
Funktion:	
Adresse:	
Telefon:	

Folgende Personen sollen in folgenden Situationen (z. B. Zwangsmaßnahmen) keinen Kontakt zu mir haben:	
Name:	
Funktion:	
Adresse:	
Telefon:	

Folgende Personen sollen in folgenden Situationen (z. B. Zwangsmaßnahmen) keinen Kontakt zu mir haben:	
Name:	
Funktion:	
Adresse:	
Telefon:	

**3. Medikamente**

Aktuelle Medikation (ggf. Beachtung eines aktuellen Medikamentenplans):					
Medikament	Dosierung				Bemerkung:

Unverträglichkeiten bzw. nicht geholfen hat:	
Medikament	Bemerkung:



Folgende Medikamente werden abgelehnt:	
Medikament	Begründung

Sofern nach ____ Tagen keine Besserung eingetreten ist, dürfen folgende Medikamente angeboten werden, da sie in vorherigen Krisen hilfreich waren:	
Medikament	Bemerkung

Bei der Medikamenteneinnahme ist besonders zu beachten (z.B. Blutspiegel, Einnahmekontrolle)

Folgende Darreichungsform wird bei der Medikamentengabe bevorzugt:	
	Begründung:
<input type="checkbox"/> Tabletten/Dragees	
<input type="checkbox"/> Tropfen	
<input type="checkbox"/> Spritze	
<input type="checkbox"/> Depotpräparat	

Alternative Therapieangebote:	
Therapieform	Bemerkung
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Bewegungstherapie	
<input type="checkbox"/> Gruppentherapien	
<input type="checkbox"/> Bezugspflege	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

**4. Zwangsmaßnahmen** (wie z. B. Medikamentengabe, Zimmereinschluss o. ä.):

Bevor therapeutische Zwangsmaßnahmen (wie z. B. Medikamentengabe, Zimmereinschluss o. ä.) notwendig werden, sollte im Vorfeld unbedingt Folgendes versucht werden:

Falls Zwangsmaßnahmen (wie z. B. Medikamentengabe, Zimmereinschluss o. ä.) aus ärztlicher Sicht unumgänglich sind, sollte Folgendes aufgrund der persönlichen Erfahrungen beachtet werden:

Wenn extreme Gefahrensituationen für Sie oder andere auftreten (Eigen- oder Fremdgefährdung), können aus ärztlicher Sicht folgende Maßnahmen notwendig sein:

Bei Zwangsmaßnahmen sollen folgende Personen informiert werden:	
Name:	
Funktion:	
Telefon:	

Bei Zwangsmaßnahmen sollen folgende Personen informiert werden:	
Name:	
Funktion:	
Telefon:	

Die Dokumentation über Zwangsmaßnahmen kann im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam (auf Wunsch auch mit Vertrauenspersonen) eingesehen und besprochen werden.



**5. Soziale Situation**

Die Klinik ist bemüht, sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten, um die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu kümmern.

<b>Sozialpsychiatrischer Dienst</b>	_____	Name
	_____	Funktion
<b>Juristischer Betreuer/ Bevollmächtigter</b>	_____	Name
	_____	Funktion
<b>Andere ambulante Dienste</b>	_____	Name
	_____	Funktion
<b>Vertrauensperson</b>	_____	Name
	_____	Funktion



**Kinder:**

Ich habe folgende Kinder:		
Name	Vorname	Geb.-Datum

Folgende Personen sollen sich um die Kinder kümmern:	
Name:	
Funktion:	
Adresse:	
Telefon:	

Mit folgender Krankenkasse soll gemäß §38 SGB V eine Haushaltshilfe organisiert werden:	
Name der Krankenkasse	Ggf. AnsprechpartnerIn

Die Haushaltshilfe soll von folgendem Dienst übernommen werden:	
Name:	
Adresse:	
Bezugsperson:	
Telefon:	

Es soll Kontakt mit dem Jugendamt für die Versorgung der Kinder aufgenommen werden:		
Jugendamt	AnsprechpartnerIn	Telefonnr.

Folgende Familienhilfen/ Ansprechpartner für die Kinder sind bereits installiert:			
Funktion	Anbieter	Bezugsperson	Telefonnr.

Sonstige Absprachen, Verpflichtungen, Termine in Bezug auf meine Kinder:



**Arbeitgeber:**

Eine Krankmeldung soll an folgenden Arbeitgeber gesendet werden:	
Arbeitgeber:	_____
zu Händen:	_____
Straße:	_____
PLZ, Ort:	_____

**Haustiere:**

Ich habe folgende Haustiere:	
Tierart:	_____
Besonderheit:	_____
Person zum Kümmern:	_____
Adresse:	_____
Telefon:	_____

**Wohnung:**

Folgende Person hat einen Wohnungsschlüssel und ist berechtigt mir Dinge aus meiner Wohnung zu besorgen:	
Name:	_____
Anschrift:	_____
Telefon:	_____
Name:	_____
Anschrift:	_____
Telefon:	_____

**6. Unterschriften**

Rotenburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PatientIn

\_\_\_\_\_  
VertreterIn der Klinik