

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-Erfarene, 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	Name
	PLZ / Ort / Telefon
Fachärztin	Name
	PLZ / Ort / Telefon
Psychotherapeutin	Name
	PLZ / Ort / Telefon

Sozialpsychiatrischer Dienst	Name des Dienstes
	Ansprechpartner
	Telefon
Ambulanter Dienst	Name des Dienstes
	Ansprechpartner
	Telefon
Pflegedienst	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.

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