

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Behandlungsvereinbarung

Erklärungen und Absprachen zwischen

Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

Telefon Geb.-Datum

und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen,
Tel. 0551 / 39-62007, vertreten durch

Oberärzt*in (Name, Vorname)

für den Fall einer stationären Behandlung.

(Hinweis: Voraussetzung für die Gültigkeit der Behandlungsvereinbarung ist, dass ein*e
Oberärzt*in beim Vereinbarungsgespräch anwesend ist und die Vereinbarung unterschreibt.)

Präambel

Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung sind Expert*innen ihrer Erkrankung und Genesung. Diese
Behandlungsvereinbarung möchte erreichen, dass ihre eigenen Erfahrungen mit Krisen in der
psychiatrischen Klinik beachtet und im Rahmen einer zukünftigen Behandlung genutzt und
umgesetzt werden.

Die Behandlungsabsprachen dienen der gegenseitigen Vertrauensbildung. Sie enthalten
wichtige Hinweise für eine individuell angemessene Behandlung. Darüber hinaus
dokumentieren sie den vorsorglich bekundeten Willen der Patient*in. Erklärungen der
Patient*in, die sich auf zukünftige medizinische Behandlungen beziehen, haben den Status
einer Patientenverfügung. Es wird der Patient*in daher empfohlen, wichtige
Vertrauenspersonen (z.B. rechtliche Betreuer*in/Bevollmächtigte*r, nahe Angehörige) über die
getroffenen Vereinbarungen zu informieren, sofern diese nicht am Vereinbarungsgespräch
teilgenommen haben.

Die Klinik verpflichtet sich, für die Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen. Wenn
im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies von Seiten der Klinik
ausführlich zu begründen und mit der Patient*in zu besprechen.

1. Wichtige Kontaktpersonen

Meine wichtigsten Kontaktpersonen sind (Name, Telefonnummer):

Vertrauensperson:

Nächste*r Angehörige*r:

Bevollmächtigte*r:

Rechtliche Betreuer*in:

Psychiater*in:

Hausärzt*in:

Ambulante Hilfen:

2. Medikamente

Ich nehme zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente:

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

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich:

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

Nicht geholfen haben:

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

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Folgende Medikamente sollen bevorzugt verabreicht werden (bitte kurz begründen):

Symptom	Medikament	Begründung

Folgende Medikamente sollen nicht verabreicht werden (bitte kurz begründen):

Medikament	Begründung

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich folgendes:

- Tabletten/Dragees Tropfen Spritzen Depot

Anmerkungen zur medikamentösen Behandlung:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

Hinsichtlich EKT soll Folgendes beachtet werden:

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

4. Nicht medikamentöse Therapien

Hinsichtlich nicht medikamentöser Therapien (z.B. Psychotherapie, Magnetstimulationstherapie, Wachtherapie, Lichttherapie) soll Folgendes berücksichtigt werden:

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

5. Maßnahmen bei Verwirrtheit, Angst, Gereiztheit oder anderen Unruhezuständen

In diesen Situationen helfen mir:

- Vertrauensperson hinzuziehen
- Spaziergang
- Gespräch
- Musik hören / Musik machen
- Ergotherapie
- Rückzug in reizarme Umgebung
- Einzelbetreuung
- Bewegung (z.B. Laufen)
- Essen anbieten
- Rauchen
- Folgende Medikamente:
-

Falls diese Maßnahmen nicht ausreichen und freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie Fixierung, Isolierung, beruhigende Medikamente etc. zur Abwehr akuter Gefahren für mich oder andere aus Sicht der Behandler*innen unumgänglich sind, so haben diese unter Berücksichtigung der aktuellen gesetzlichen Vorgaben und entsprechend den aktuellen medizinisch-pflegerischen Standards zu erfolgen.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollen benachrichtigt werden:

.....
.....

Anmerkungen:

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

6. Wünsche für eine stationäre Behandlung

*Die Klinik ist bemüht, die nachfolgenden Wünsche der Patient*in im Falle einer stationären Behandlung zu berücksichtigen.*

Ich möchte nach Möglichkeit auf folgender Station aufgenommen werden:

.....

Ich möchte nach Möglichkeit von weiblichen männlichen Mitarbeiter*innen betreut werden.

Bei meiner Aufnahme sollen folgende Personen benachrichtigt werden (z.B. Vertrauenspersonen, Angehörige, Bevollmächtigte*r bzw. rechtliche Betreuer*in, vorbehandelnde Ärzt*innen):

(Name, Telefonnummer)

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

In den ersten Tagen sollen folgende Personen viel Zeit mit mir verbringen:

.....
.....

Mit folgenden Personen möchte ich keinen Kontakt haben, auch wenn diese von sich aus in die Klinik kommen:

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

In der Aufnahmesituation ist für mich folgendes hilfreich:

- in Ruhe gelassen werden
- möglichst nicht allein sein
- Gespräche
- Sonstiges:
-
-

7. Soziale Situation

*Die Klinik ist bemüht, sich im Rahmen der Möglichkeiten des Sozialdienstes und in Zusammenarbeit mit der Bevollmächtigten bzw. rechtlichen Betreuer*in sowie den anderen genannten Vertrauenspersonen um die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu kümmern.*

Bei mir ist Folgendes zu klären

(z.B. gefährdete Wohnsituation, Haustiere, aktuelle finanzielle Regelungen, Benachrichtigung von Ämtern oder Behörden, Einhaltung wichtiger Termine und Fristen):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kinder

- Ich habe folgende minderjährige Kinder:
-
-
- Für die Kinder ist folgende Betreuungsmöglichkeit vorgesehen:
-
-

Andere Personen

Ich habe für folgende Personen Verpflichtungen übernommen:
.....
.....

8. Sonstige Absprachen

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

*Diese Behandlungsvereinbarung kann jederzeit auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner*innen grundlegende Dinge ändern, wird sie*er sich mit der*dem anderen in Verbindung setzen.*

*Die*der unterzeichnende Oberarzt*in bestätigt, dass die*der Patient*in zum Zeitpunkt der Abfassung der Behandlungsvereinbarung einwilligungsfähig ist.*

Göttingen, am

.....
Patient*in

.....
Oberarzt*in

Am Vereinbarungsgespräch nahmen folgende weitere Personen teil
(Name, Funktion, Unterschrift):

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