

## 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 / 39-6610 vertreten durch

Stationsärztin/-Arzt (Name, Vorname) .....oder

Oberärztin/-Arzt (Name, Vorname) .....

für den Fall einer stationären Behandlung.

### Präambel

Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung sind Experten 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 Patientin/des Patienten. Erklärungen der Patientin/des Patienten, die sich auf zukünftige medizinische Behandlungen beziehen, haben den Status einer Patientenverfügung (§1901a BGB). Es wird dem Patienten daher empfohlen, wichtige Vertrauenspersonen (z.B. Betreuer/Bevollmächtigter, 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 Patientin/dem Patienten zu besprechen.

## 1. Wichtige Kontaktpersonen

Meine wichtigsten Kontaktpersonen sind (Name, Telefonnummer):

Vertrauensperson: .....

Nächste/r Angehörige/r: .....

Bevollmächtigte/r: .....

Gesetzlicher Betreuer/in: .....

Behandelnde/r Psychiater/in: .....

Hausärztin/-arzt: .....

Ambulante Hilfen: .....

## 2. Medikamente

Ich nehme zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente:

.....  
.....

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich:

.....  
.....

Nicht geholfen haben:

.....  
.....

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

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

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich folgendes:

Tabletten/Dragees    Tropfen    Spritzen    Depot

Anmerkungen zur medikamentösen Behandlung:

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

### 3. Nicht medikamentöse Therapien

Hinsichtlich nicht medikamentöser Therapien (z.B. Elektrokrampftherapie, Schlafentzugstherapie, Lichttherapie) soll aufgrund meiner Erfahrungen Folgendes berücksichtigt werden:

.....

.....

.....

.....

.....

### 4. Maßnahmen bei Verwirrtheit, Angst, Gereiztheit oder anderen Unruhezuständen

In diesen Situationen helfen mir:

- Vertrauensperson hinzuziehen
  - Spaziergang mit
  - 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 Klinik unumgänglich sind, so haben diese unter Berücksichtigung der aktuellen gesetzlichen Vorgaben und entsprechend den aktuellen medizinisch-pflegerischen Standards zu erfolgen.

Bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollen benachrichtigt werden:

.....

.....

Anmerkungen:

.....

.....

.....

## 5. Unterbringung nach PsychKG oder Betreuungsrecht

Zur Abwendung einer Unterbringung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in Niedersachsen (PsychKG) oder nach Betreuungsrecht (§1906 BGB) soll aufgrund meiner Erfahrungen Folgendes berücksichtigt werden:

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

Ich bin darüber informiert, dass meine freiwillige Zustimmung zur stationären Behandlung eine zwangsweise Unterbringung nach PsychKG oder Betreuungsrecht entbehrlich macht.

## 6. Wünsche für eine stationäre Behandlung

*Die Klinik ist bemüht, die nachfolgenden Wünsche des Patienten im Falle einer stationären Behandlung zu berücksichtigen.*

Ich möchte nach Möglichkeit auf folgender Station aufgenommen werden:

.....

Ich möchte nach Möglichkeit von  weiblichen  männlichen Mitarbeitenden betreut werden.

Bei meiner Aufnahme sollen folgende Personen benachrichtigt werden (z.B. Vertrauenspersonen, Angehörige, Bevollmächtigter bzw. Betreuer, vorbehandelnde Ärzte):  
(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 dem Bevollmächtigten bzw. Betreuer 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 grundlegende Dinge ändern, wird er sich mit dem anderen in Verbindung setzen.*

*Die/der unterzeichnende Ärztin/Arzt bestätigt, dass die Patientin/der Patient zum Zeitpunkt der Abfassung der Behandlungsvereinbarung einwilligungsfähig ist.*

Göttingen, am .....

.....  
Patientin/Patient                      Stationsärztin/-arzt                      Oberärztin/-arzt

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

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