



CharitéCentrum für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

ERGÄNZENDE VEREINBARUNG ZUR DURCHFÜHRUNG DER BEHANDLUNG

(für den Fall einer stationären Behandlung)
zwischen

Frau / Herrn

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

und der
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Campus Mitte
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
(030) 450 -51 70 54, -5170 47

vertreten durch

Frau / Herrn

Name: _____ Vorname: _____

Funktion: _____ Station: _____

Präambel

Die Klinik will mit diesen Absprachen die Erfahrung des Patienten / der Patientin nutzen, um in Krisensituationen adäquater zu helfen. Diese Erfahrungen sollen 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 können jedoch keinen rechtlich einklagbaren Vertrag bilden. Diese Absprachen und Erklärungen haben außerdem für Patientinnen und Patienten den Vorteil, sich im Vorfeld mit ihrer Situation (soziales Umfeld, Freundeskreis, Gründe für die Entstehung von Krisen usw.) auseinander zu setzen, um Krisen zu verhindern oder wirksamer zu bewältigen zu können.

Die Klinik verpflichtet sich:

- Für die Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des PsychKG oder des Betreuungsgesetzes.
- Auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen – insbesondere für den Fall, in dem die Klinik sich nicht an die Absprachen halten konnte.

Von den Absprachen darf nur dann abgewichen werden, wenn zuvor die/der zuständige bzw. diensthabende Oberarzt/ Oberärztin eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wird, ist dies von Seiten der Klinik ausführlich zu begründen, zu dokumentieren und mit der/m Patientin/Patienten zu besprechen.

Die Präambel ist Bestandteil dieser Absprachen.

1. Vertrauenspersonen

Als Vertrauensperson benenne ich folgende Person(en):

Name, Vorname	Tel.	Anschrift

Die Vertrauensperson(en) ist/sind bevollmächtigt, Auskünfte an die Klinik zu erteilen und ebenso Auskünfte von der Klinik zu erfragen.

2. Kontakte

Die oben genannten Vertrauenspersonen sollten nach Möglichkeit viel Zeit mit mir verbringen.

Weitere Kontaktabsprachen (z.B. Angehörige, gewünschter Besuch durch Selbsthilfegruppen oder Besuch eines Vertreters einer Religionsgemeinschaft):

Funktion/ Status	Name

- Mit folgenden Personen möchte ich **keinen** Kontakt haben, auch wenn diese es ausdrücklich wünschen:
- Folgenden Personen darf **keine** Auskunft gegeben werden:

Name, Vorname

3. Gesetzliche Regelungen

Ich verfüge über diese Vereinbarung hinaus über

- eine **Vorsorgevollmacht**. Bevollmächtigter ist

Name, Vorname	Tel.	Anschrift

- eine **Patientenverfügung**
- Ich habe eine/n **gesetzliche/n Betreuer/in**:

Name, Vorname	Tel.	Anschrift

Wirkungskreis:..... Amtsgericht:

4. Aufnahme und Behandlung

Bei einer Aufnahme sollen unverzüglich **benachrichtigt** werden (z.B. Angehörige, Freunde):

Name	Tel.

Zurzeit behandelnde **Ärzte** (Psychiater, Hausarzt), **Psychotherapeuten** und **ambulante Dienste** (z. B. Betreutes Wohnen, Einzelfallhilfe) sind:

Name	Tel.

Station

Für die Aufnahme und Behandlung ist die Station 152a 152b 153 155 soweit möglich vorgesehen. Falls diese Station überbelegt ist, wird eine andere Station akzeptiert.

Bezugspersonen aus dem Stationsteam sind.....

- Ich möchte möglichst von **weiblichen** Mitarbeiterinnen aufgenommen und behandelt werden.
- Ich möchte möglichst von **männlichen** Mitarbeitern aufgenommen und behandelt werden.

Dolmetscher

- Ich wünsche, dass in der Aufnahmesituation und während der Behandlung möglichst eine **muttersprachliche Fachkraft** oder ein **Dolmetscher** für hinzugezogen wird.
- Falls kurzfristig bei Aufnahme kein Dolmetscher zur Verfügung steht, soll folgende Person aus meiner Familie/meinem Bekanntenkreis dolmetschen:

Name, Vorname	Tel.

In der **Aufnahmesituation** ist für mich Folgendes **hilfreich** (z. B. in Ruhe gelassen werden, möglichst nicht allein sein, Gespräche):

-
-
-
-

In der **Behandlung** ist für mich Folgendes besonders **hilfreich** (z. B. Ergotherapie, Gespräche, Entspannung, Bewegung):

-
-
-
-

Weitere Hinweise für die Behandlung (z. B. Umgang mit Suizidalität, Umgang mit „Gereiztheit“, „Entweichungen“, Umgang mit Suchtmitteln):

5. Medikamente

Ich nehme zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente:

Bitte **alle** Medikamente (nicht nur Psychopharmaka), die verordnet und regelmäßig eingenommen werden, angeben!

Medikament	Dosierung				Bemerkung

In früheren Krisen waren bisher folgende Medikamente **hilfreich**:

1.
2.
3.

Nicht geholfen haben:

-
-
-

Ich **lehne** die Einnahme folgender Medikamente **ab**:

-

-
-

Bei der **Medikamenteneinnahme** bevorzuge ich folgendes:

- Tabletten/Dragees
- Tropfen
- Spritzen
- Depot

Gründe:

Besondere **Vereinbarungen** für die medikamentöse Behandlung:

.....

- Ich möchte die Therapie in der Klinik nutzen, jedoch möglichst keine Psychopharmaka einnehmen. Mir ist bekannt, dass weder die Aufnahme in eine Klinik noch die Einrichtung einer gesetzl. Betreuung eine Zwangsmedikation rechtfertigt.
- Sofern nach Tag(en) keine Besserung eingetreten ist, bin ich bereit, folgende Medikamente einzunehmen, weil sie in Krisensituationen bisher **hilfreich** waren:
.....

6. Maßnahmen gegen den Willen des Patienten

Falls während der Behandlung psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll vorher unbedingt Folgendes versucht werden:

- Vertrauensperson hinzuziehen
- Spaziergang mit
- Bad
- Gespräch
- Musik hören/Musik machen
- Rückzug in reizarme Umgebung
- Einzelbetreuung durch Sitzwachen
- Bewegung (z. B. Laufen, Sandsack)
- Essen anbieten
- Rauchen
-
-
- Bei aufgehobener Einsichts- und Steuerungsfähigkeit, eigen- oder fremdgefährdenden Handlungen** und Verweigerung der oralen Medikation ist eine Therapie anzustreben mit (z. B. *Abilify*, *Zyprexa i. m.*¹, *Haldol i. m.*, *Tavor/Diazepam i. v.*², etc).

.....

¹ i.m. = intramuskuläre Injektion
² i.v. = intravenöse Injektion

Falls Zwangsmaßnahmen aus der Sicht der Klinik unumgänglich sind, soll folgendes aufgrund meiner Erfahrungen beachtet werden (z. B. Erklärungen zur Ausgangsbeschränkung, Zwangsmedikation, Fixierung, Isolierung, Verlegung ins Beobachtungszimmer, ggf. Festlegung der Reihenfolge):

--

Folgende Personen bitte ich um **Beteiligung an der Sitzwache**:

Name, Vorname	Tel.

Folgende Personen sollen auch **im Falle einer Fixierung Zugang** zu mir haben:

Name, Vorname	Tel.

Die Überprüfung der Fixierung erfolgt routinemäßig nach ...Minuten, spätestens jedoch nach 2 Stunden. Die Fixierung sollte abgeschirmt stattfinden, der Aufenthalt in der Fixierung in einem separaten Raum. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit eine Überprüfung der Fixierung verlangen kann. Während der gesamten Dauer der Fixierung ist eine Sitzwache anwesend.

Dies ist **keine** Zustimmung von mir im Voraus zu diesen Maßnahmen. Eine Zustimmung im Voraus ist auch rechtlich nicht zulässig.

Bei Zwangsmaßnahmen sollen **benachrichtigt** werden:

Name, Vorname	Tel.

Zwangsmaßnahmen einschließlich der vorhandenen Dokumentation sollen im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam mit Klinikmitarbeitern besprochen werden.

PsychKG und BtG (Betreuungsgesetz)

Zur Abwendung einer Unterbringung gemäß PsychKG soll aufgrund meiner Erfahrungen Folgendes berücksichtigt werden:

.....

.....

Falls ich infolge eines Beschlusses nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten in Berlin (PsychKG) oder nach Betreuungsgesetz (BtG) in die Klinik eingewiesen werde, soll mir schnellstmöglich eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden.

Sollte ich entgegen einer Absprache die Klinik verlassen, bitte ich, dass zunächst die Vertrauensperson und/oder Mitarbeiter der Klinik die Wohnung alleine aufsuchen.

Die Klinik behält sich vor, im Notfall (z. B. bei unmittelbar drohender Suizidgefahr bzw. Fremdgefährdung) die Polizei, die Feuerwehrleitstelle oder das Gesundheitsamt (Sozialpsychiatrischer Dienst) einzuschalten.

7. Soziale Situation

Kinder

Ich habe folgende Kinder:

Name, Vorname	Geburtsdatum

Ich möchte, dass sich Frau/Herr um die Kinder kümmert:

Name, Vorname	Funktion/Status	Tel.

und/oder

mit der Krankenkasse gemäß §38 SGB V die Haushaltshilfe und (falls keine Lösung gefunden werden kann),

mit dem Jugendamt weitere Hilfen abgeklärt werden.

Ich habe für folgende Personen Verpflichtungen übernommen:

Wichtige Termine und Ereignisse, die beachtet werden müssen (z. B. Prüfungen für Ausbildung und Studium):

Die Klinik bemüht sich, im Rahmen der Möglichkeiten des eigenen Sozialdienstes, sich um die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu kümmern (ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson/dem Betreuer). Sollte der Sozialdienst feststellen, dass bestimmte Angelegenheiten geregelt werden müssen und er selbst dies nicht leisten kann, hat er dafür Sorge zu tragen, dass andere Personen oder Dienste diese Aufgaben übernehmen.

Bei mir ist Folgendes zu klären:

Wohnung

- Situation im Haus mit Vermietern/drohende Kündigung/Nachbarn/Hausfrieden
- Ist die Wohnung abgeschlossen/aufgebrochen?
- Hausdienste
- Licht
- Tiere
-
-

Ein **Wohnungsschlüssel** ist bei (Name, Tel.) aufbewahrt. Die Klinik behält sich vor, im Notfall (z. B. bei Nichtöffnen der Wohnung, Suizidgefahr) die Polizei oder das Gesundheitsamt einzuschalten.

Finanzen

- Anstehende Ratenzahlungen
- Rückgängigmachen von Kaufverträgen
- Überziehung des Bankkontos, Absprachen mit der Bank
-

Fahrzeuge

Absichern und zwar PKW Motorrad Mofa

Arbeitgeber/Schule

Name, Vorname	Tel.	Anschrift

- Krankmeldung ohne Kennzeichnung „Psychiatrische Klinik“
- Der Kontakt mit dem Arbeitgeber soll wie folgt aufgenommen werden:

8. Sonstige Absprachen

Diese Absprachen können jederzeit, sollen jedoch in jedem Fall nach einem erneuten stationären Aufenthalt auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner grundlegende Dinge ändern, wird er sich mit dem anderen in Verbindung setzen.

Berlin, den

Patient/-in	Vertrauensperson	Gesetzliche/r Betreuer/in	
Oberarzt	Arzt	Pflegedienst	Sozialdienst
Funktion, Station	Funktion, Station	Funktion, Station	Funktion, Station

Weitere Hinweise und Erläuterungen können geben: