

Wuppertaler Behandlungs-Erklärung

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Präambel

Diese Behandlungserklärung gilt für den Fall, in dem eine Unterbringung gegen den Willen (nach Psych-KG) der unterzeichnenden Person erwirkt wurde. Selbstverständlich können die darin enthaltenen Informationen auch bei anderen Behandlungsanlässen genutzt werden. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass der Patient beim Abfassen der Behandlungserklärung sich in einer, im Gegensatz zur akuten Krisensituation, psychisch unauffälligen Verfassung befindet.

Betroffene mit Erfahrungen aus vorangegangenen psychischen Krisen haben individuelle Erfahrungen gesammelt, die in dieser Erklärung festgehalten sind und in zukünftigen Krisen berücksichtigt werden sollen. Neben den gesetzlich festgelegten Rechten (z. B. Anspruch auf Erstellung eines individuellen Behandlungsplans durch einen Arzt, Einbeziehung einer Vertrauensperson, Unterrichtung über meine Rechte) gibt die Behandlungserklärung weitere zu beachtende Hinweise, auch hinsichtlich der Anwendung beziehungsweise Vermeidung von eventuellen Zwangsmaßnahmen.

Diese Behandlungserklärung dient darüber hinaus der gegenseitigen Vertrauensbildung. Sie entspricht nicht einem juristisch einklagbaren Vertrag, sondern einer verbindlichen Absichtserklärung. Von dieser Erklärung soll in keinem Falle ohne triftigen Grund abgewichen werden.

Inhalt

Behandlungserklärung zu

1. Vertrauensperson
2. Kontaktpersonen
3. Erklärung zur Aufnahme und Behandlung
4. Für den Fall von Zwangsmaßnahmen
5. Zur medikamentösen Therapie
6. Zur sozialen Situation
7. Sonstige Erklärungen

1. Vertrauensperson

Im Falle meiner Unterbringung soll folgende Vertrauensperson so früh wie möglich benachrichtigt und hinzugezogen werden:

Name	
Anschrift	
Telefon	

Dieser Person gegenüber entbinde ich die Ärzte bis auf weiteres von der Schweigepflicht. Diese Entbindung kann ich jederzeit widerrufen.

2. Kontaktpersonen

Mit folgenden Personen habe ich Kontakte, die auch während der Erkrankung aus meiner jetzigen Sicht erwünscht sind (z. B. Vertrauenspersonen einer Religionsgemeinschaft oder Selbsthilfegruppe):

Name(n)	
---------	--

Mit folgenden Personen wünsche ich keine Kontakte während der Erkrankung:

Name(n)	
---------	--

3. Erklärung zur Aufnahme und Behandlung

Wenn möglich und ärztlich vertretbar wünsche ich die Aufnahme auf folgender Station:

Station, ggf. Begründung	
--------------------------	--

Aus meiner Sicht ist Folgendes für die Situation der Aufnahme zu beachten:

Aufnahmesituation	
-------------------	--

Aus meiner Sicht ist Folgendes für die Situation der weiteren Behandlung wichtig:

Krisensituation (Suizidalität, Aggressivität, übereilte Entscheidungen, Therapieplan)	
--	--

4. Für den Fall von Zwangsmaßnahmen

Wenn eine kritische Situation entsteht und Zwangsmaßnahmen drohen, sind folgende Maßnahmen für mich hilfreich:

--

Bei unumgänglichen Zwangsmaßnahmen bitte ich Folgendes zu beachten:

--

5. Zur medikamentösen Therapie

Zum Zeitpunkt der Vereinbarung eingenommene Medikamente:

Medikament	Dosis	Anmerkungen

--	--	--

Meinen bisherigen Erfahrungen nach waren folgende Medikamente hilfreich:

Medikament	Ggf. Begründung

Folgende Medikamente sollten, wenn irgend möglich, vermieden werden:

Medikament	Ggf. Begründung

6. Zur sozialen Situation

Ansprechpartner Wohnung	
----------------------------	--

Was zu tun/beachten ist	
----------------------------	--

Angehörige/Kinder Name/ggf. Kontakt	
--	--

Finanzen, Bankgeschäfte Konto, Ratenzahlungen	
--	--

Kostenträger (Jobcenter, Sozialamt)	
---	--

Arbeitgeber Schule	
-----------------------	--

Was ist zu veranlassen?	
----------------------------	--

7. Sonstige Erklärungen

--

Diese Erklärung kann jederzeit auf ihre Gültigkeit vom Unterzeichner überprüft und ggf. aktualisiert werden. Sie soll in zweifacher Ausfertigung aufbewahrt werden: eine Ausfertigung beim Unterzeichner und eine weitere bei den Krankenunterlagen der Klinik, auf die der diensthabende Arzt im Falle einer Aufnahme kurzfristig Zugriff haben soll.

Wuppertal, den _____, Unterschrift: _____

Die Erklärung wurde im Beisein folgender Personen verfasst (ggf. Name, Unterschrift) und überreicht (Personen durch Unterstreichung kennzeichnen):

Vertrauensperson: _____

Ggf. gesetzlicher Betreuer:

Arzt/Ärztin: _____

Pflegedienstmitarbeiter(in): _____