

## Erklärung und Absprachen für den Fall einer stationären Behandlung zwischen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/ -ort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel. /E-Mail: \_\_\_\_\_

und dem

Marienhaus Klinikum St. Antonius Waldbreitbach, Margaretha-Flesch-Str. 4, 56588 Waldbreitbach,  
vertreten durch \_\_\_\_\_

### Vorwort

Mit diesen getroffenen Absprachen sollen frühere Erfahrungen der Betroffenen genutzt werden, um in künftigen Krisensituationen und im Falle der Behandlungsnotwendigkeit adäquater zu helfen. Diese Absprachen bieten den Betroffenen die Möglichkeit die eigenen Erfahrungen während früherer stationärer Aufenthalte zu betrachten und wichtige Hinweise für eine künftige Behandlung zu geben. Es ist möglich und erwünscht, wichtige Vertrauenspersonen den Gesprächen hinzuzuziehen bzw. sie über die getroffenen Absprachen zu informieren. Diese Vereinbarung dient der **gegenseitigen Vertrauensbildung**, sie stellt keine Verfügung nach §1901a BGB dar und bildet keinen rechtlichen einklagbaren Vertrag.

Das Klinikum St. Antonius Waldbreitbach ist eine psychiatrische Fachabteilung mit eigenem Standort in Waldbreitbach. Als eine Klinik mit regionalem Versorgungsauftrag fühlt sie sich allen Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Region verpflichtet, die eine voll- oder teilstationäre Behandlung bedürfen oder ambulant einen intensiven Komplexbedarf haben, der sonst nicht abgedeckt werden kann. Die Klinik kommt in ihrem psychiatrischen Bereich auch dem gesetzlichen Auftrag der Pflichtversorgung nach. In diesem Rahmen nimmt sie auf richterlichen Beschluss auch Menschen gegen ihren Willen auf. Um die Auswirkungen einer solchen Maßnahme möglichst gering zu halten, verpflichten sich die Mitarbeitenden der Klinik:

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

Von den Absprachen darf nicht abgewichen werden, wenn nicht zuvor die zuständigen Oberärzt:innen bzw. der ärztliche Hintergrunddienst eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wurde, ist dies ausführlich zu begründen und mit den Patient:innen zu besprechen, wenn dies gewünscht wird.

Das Vorwort ist Bestandteil der nachfolgenden Absprachen.

Datum und Ort des Gesprächs: \_\_\_\_\_

Anwesend sind: \_\_\_\_\_

**Wichtige Kontaktpersonen:**

Vertrauensperson: \_\_\_\_\_

Rechtliche Betreuer:in; Vollmachtnehmer:in; Ehepartner:in (rechtliche Vertretungsbefugnis):

\_\_\_\_\_

Hausarzt:in: \_\_\_\_\_

Psychiater:in: \_\_\_\_\_

Weitere wichtige Kontaktpersonen: \_\_\_\_\_

**Stationäre Aufnahme:**

Im Falle der Aufnahme soll unverzüglich benachrichtigt werden: \_\_\_\_\_

Als Bezugsperson aus dem Stationsteam ist gewünscht: \_\_\_\_\_

Ich möchte möglichst von männlichen/ weiblichen Mitarbeiter/innen aufgenommen und behandelt werden.

In der Aufnahmesituation ist für mich folgendes hilfreich (z.B. in Ruhe gelassen zu werden, möglichst nicht alleine sein, Gespräche, etc.):

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medikamente:**

Zum Zeitpunkt der Vereinbarung nehme ich folgende Medikamente:

\_\_\_\_\_

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich:

\_\_\_\_\_

Nicht geholfen haben folgende Medikamente/ diese Medikamente lehne ich ab:

\_\_\_\_\_

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich (Tabletten/Spritzen/Tropfen/Depot)

---

### **Unterbringung nach richterlichem Beschluss nach PsychKHG und Betreuungsrecht**

Wer soll mich nach Möglichkeit in einer solchen Zwangssituation begleiten: \_\_\_\_\_

Wer soll mich nicht in einer solchen Zwangssituation begleiten: \_\_\_\_\_

Sollte ich gegen meinen Willen zwangseingewiesen werden sollte mir schnellstmöglich eine Freiwilligkeits-  
erklärung vorgelegt werden                    ja                     nein

### **Zwangmaßnahmen**

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

Um psychiatrische Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, soll folgendes versucht werden:

---

Falls Zwangsmaßnahmen unvermeidlich sind, soll folgendes beachtet werden:

---

Bei Zwangsmaßnahmen soll benachrichtigt werden:

---

### **Nachsorge**

Wer soll an der Entlassplanung beteiligt sein: \_\_\_\_\_

Folgende Personen sollen über meine Entlassung informiert werden:

---

Ich werde bereits durch folgende ambulanten Dienste begleitet:

---

Folgende Personen sollen über meine Entlassung informiert werden:

---

Ich werde bereits durch folgende ambulanten Dienste begleitet: \_\_\_\_\_

Folgendes könnte wichtig sein (Finanzen, Wohnung, Kinder, Haustiere etc.):

---

---

---

---

## Unterschriften

Diese Absprachen können jederzeit auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Sollten sich bei einem der Gesprächspartner:innen grundlegende Dinge ändern, wird er sich mit den weiteren Beteiligten in Verbindung setzen.

---

<b>Patient:in</b>	<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
-------------------	-------------------	---------------------

---

<b>Vertrauensperson</b>	<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
-------------------------	-------------------	---------------------

---

<b>Gesetzliche Betreuer:in</b>	<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
--------------------------------	-------------------	---------------------

---

<b>Ärztlicher Dienst</b>	<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
--------------------------	-------------------	---------------------

---

<b>Pflegedienst</b>	<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
---------------------	-------------------	---------------------

---

<b>Ambulante/Stationäre</b>	<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
-----------------------------	-------------------	---------------------

## Dienste/Einrichtung

Am Gespräch nahmen weiterhin teil:

---

---

---

Ggf. Anlage