



Tagesklinik KP3

Chefärztin: Frau Dr. R. May

Telefon: 5472-3880

Telefax: 5472-299 598

Internet: www.keh-berlin.de

Behandlungsvertrag für eine Therapie auf der Tagesklinik KP3

zwischen
und dem Team der KP3.

Wir gehen davon aus, dass Du auf unsere Station kommst, um bestimmte Verhaltensweisen, die mit Deiner Problematik im Zusammenhang stehen, zu ändern. Um eine wirksame Therapie durchführen zu können, ist es nötig, einige Vereinbarungen zu treffen:

Ich sichere zu,

- während der Behandlung keinen Suizidversuch zu unternehmen und auch Verhaltensweisen, die in nicht suizidaler Absicht erfolgen, aber mein Leben gefährden, zu unterlassen. Ich werde mich melden, wenn ich, um diese Zusage einzuhalten, mehr Unterstützung benötige. Ein begangener Suizidversuch führt zu einer sofortigen Verlegung und Unterbrechung der Therapie auf der Station KP3.
- an der Reduzierung von Verhaltensmustern zu arbeiten, die die Therapie behindern bzw. unmöglich machen (z.B. Fehlen bei Therapiesitzungen, Nicht-Einhalten von Vereinbarungen, mangelnde Offenheit, Beeinträchtigung der Behandlung der anderen Patientinnen und Patienten).
- an der Reduzierung von Erlebens- und Verhaltensmustern zu arbeiten, die zur tagesklinischen Aufnahme geführt haben bzw. diese verlängern. In meinem Falle werde ich insbesondere an folgenden Zielen arbeiten:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Die Mitglieder des therapeutischen und pädagogischen Teams stimmen Folgendem zu:

- Wir bieten eine professionelle und kompetente Behandlung an.
- Wir halten die geltenden ethischen und beruflichen Richtlinien ein.
- Wir wahren die Integrität und Rechte der Patienten und Patientinnen.
- Wir wahren die Schweigepflicht.
- Wir gehen mit unseren eigenen Grenzen offen um.
- Wir holen uns Rat und Unterstützung, wenn uns dies notwendig erscheint.

Ich habe mich mit der **Hausordnung** sowie der **Stationsordnung** vertraut gemacht und stimme diesen sowie den oben genannten Punkten des Behandlungsvertrags mit meiner Unterschrift zu.

_____	_____	_____	_____
Datum	Unterschrift Fallführende/r Therapeut/in	Unterschrift Patient/in	Unterschrift Für das Team