



## Einwilligungs- und Entbindungserklärung

1. Hiermit erkläre ich meine Einwilligung, dass die/der von mir Betreute, Frau/Herr \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_ im Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen (BHZ) im KEH vollstationär behandelt werden kann.
2. Darüber hinaus gebe ich meine Einwilligung, dass zur Gewährung der Aufsichts- und Betreuungspflicht auf Station die Stationstür zum Treppenhaus bei Notwendigkeit fakultativ verschlossen wird. Ich wurde hiermit darüber aufgeklärt, dass dies eine vorübergehende freiheitsentziehende bzw. freiheitsbeschränkende Maßnahme darstellen kann, was insbesondere dann gilt, wenn der Betroffene in irgendeiner Form die Station verlassen will oder zu erkennen gibt, nicht im Krankenhaus bleiben zu wollen.  
Mir ist bekannt, dass derartige Maßnahmen – bei nicht untergebrachten Personen – gemäß § 1906 Abs. 4 BGB u.U. einer gesonderten Anordnung durch die/den Betreuer/in bedürfen, die ich hiermit ausdrücklich erkläre.  
Ferner wurde ich darauf hingewiesen, dass die von mir erklärte Anordnung zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Einwilligung des Betreuungsgerichts bedarf. Nur in Ausnahmefällen – namentlich wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist – kann die Anordnung durch mich ohne vorherige Einwilligung des Betreuungsgerichts erfolgen, dann ist die betreuungsgerichtliche Genehmigung jedoch unverzüglich durch mich nachzuholen. Die jeweilige gerichtliche Entscheidung werde ich dem KEH unverzüglich bekannt geben, sobald sie mir vorliegt.
3. Weiterhin entbinde ich den behandelnden niedergelassenen Arzt oder Psychologen, sowie das Fachpersonal der entsendenden Einrichtung im Falle der Notwendigkeit der Weitergabe zusätzlicher Informationen von der Schweigepflicht. Dies schließt die Einsichtnahme der ärztlichen Mitarbeiter sowie des medizinischen Personals des KEH in vorhandene Akten und Unterlagen ein.
4. Häufig werden die von uns behandelten Menschen mit geistiger Behinderung zur stationären Aufnahme von Wohngruppenmitarbeitern (Heimbereich) oder Einzelfallhelfern (ambulanter Bereich) begleitet. Ich bin damit einverstanden, dass diese Begleitpersonen Informationen über Untersuchungsergebnisse, Verhalten und Diagnosen an das Behandlungsteam des BHZ während des Aufenthalts weitergeben dürfen.
5. Ebenso bin ich einverstanden, dass diesem Personenkreis aus Punkt 4 – also sämtliche in die Betreuung des Patienten involvierte Personen der stationären oder ambulanten Versorgung - im Laufe der gesamten stationären Behandlung im BHZ Befunde auch in schriftlicher Form mitgeteilt werden können. Ich entbinde somit hierfür die ärztlichen, pädagogischen, psychologischen, therapeutischen, soziodienstlichen und pflegerischen Mitarbeiter des BHZ diesem Personenkreis gegenüber von der Schweigepflicht.
6. Zur Weiterleitung von Epikrisen, Befunden und psychologischen oder pädagogischen Berichten für die ambulante weiterführende Versorgung an den einweisenden Arzt und die Betreuungseinrichtung (sofern vorhanden) gebe ich meine Einwilligung.
7. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Regelbehandlung erhobene Daten für wissenschaftliche Untersuchungen in anonymisierter Form genutzt werden dürfen.

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuer/in