

PSYCHOSOZIALE PATIENTENVERFÜGUNG

Frau/Herr: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

INHALTSVERZEICHNIS

Präambel	Seite 2
1. Aufnahme und Behandlung	Seite 3
2. Kontakte	Seite 5
3. Medikamente	Seite 5
4. Zwangsmaßnahmen	Seite 6
5. PsychKG LSA	Seite 7
6. Soziale Situation	Seite 7
7. Sonstige Festlegungen	Seite 8

Vorwort

Die vorliegende Patientenverfügung dient der gegenseitigen Vertrauensbildung zwischen dem/der behandelnden Arzt/Ärztin und dem Patienten/der Patientin. Sie basiert auf der aktuellen Rechtslage, insbesondere § 1901a des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und ist somit rechtlich verbindlich. Sie gilt sowohl im Rahmen des Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen Anhalt (PsychKG LSA), als auch dem Betreuungsgesetz (BtG).

Es gibt Situationen, in denen man selbst nicht mehr in der Lage ist, eine Einwilligung oder auch Ablehnung hinsichtlich einer medizinischen Behandlung zu erteilen. Dazu können unter anderem auch psychische Krisensituationen zählen.

Um in diesen Situationen adäquat handeln zu können, kann durch eine psychosoziale Patientenverfügung individuelle Hilfe gewährleistet werden.

Damit diese zum Tragen kommen kann, ist dazu die schriftliche Festlegung eines/einer einwilligungsfähigen Volljährigen Voraussetzung.

In dieser Verfügung willigt der/die Patient/in zum Zeitpunkt der Festlegung in noch nicht unmittelbar bevorstehende medizinische Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe ein oder untersagt diese für den Fall, dass er/sie in zukünftigen akuten Krankheitsphasen selbst nicht einwilligungsfähig ist.

Weicht ggf. der schriftlich verfügte Behandlungswille in dieser Patientenverfügung von der dann aktuellen Lebens- und Behandlungssituation ab, so obliegt nach überwiegender Rechtsauffassung laut § 1901a BGB die Auslegung der Patientenverfügung dem/der Bevollmächtigten oder dem/der Betreuer/in.

Deshalb sollte diese/r auch parallel existieren.

Es gilt: Wenn die Festlegungen in der Patientenverfügung nicht auf die derzeitige Lebens- und Behandlungssituation zutreffen, so muss der/die Betreuer/in die entsprechenden Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des/der Betreuten eruieren und auf dieser Grundlage nach bestem Wissen entscheiden, ob er/sie in die ärztliche Behandlung einwilligt oder diese untersagt.

Das bedeutet für Sie: Im Falle einer Krankheitsphase in der Sie nicht einwilligungsfähig sind, können Sie im Vorfeld eine Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung erstellen. Die darin benannte Person ist verpflichtet, Ihren verfügten oder bei Auslegungsnotwendigkeit mutmaßlichen Patientenwillen durchzusetzen, um so in dieser kritischen Lebenssituation Ihrem Selbstbestimmungsrecht Geltung zu verschaffen.

Für den Fall, dass ich mich in einem akuten Zustand im Rahmen meiner Erkrankung befinde, in dem ich nicht einwilligungsfähig bin, sind folgende Wünsche zu berücksichtigen:

1. Aufnahme und Behandlung

Bei einer stationären Behandlung möchte ich vorrangig in folgenden Kliniken behandelt werden:

Ich habe mit folgendem/r Arzt/Ärztin und/oder Sozialarbeiter/in ein enges Vertrauensverhältnis und wünsche, falls möglich, dass diese/r meine Behandlung begleitet/n:

Bei Aufnahme in die Klinik sollen unverzüglich folgende Personen benachrichtigt werden:

Vertrauensperson (Name, Anschrift, Telefon)

Betreuer/in (Name, Anschrift, Telefon)

Falls die Vertrauensperson nicht erreichbar ist, soll _____

_____ (Name, Anschrift, Telefon)

die Vertretung übernehmen.

Es existiert eine Vorsorgevollmacht, in der ich die nachfolgende Person bevollmächtigt habe in alle medizinischen Behandlungen und Diagnostikverfahren einzuwilligen oder diese zu versagen und damit meine Wünsche zu vertreten. Der/die Bevollmächtigte ist umgehend nach der stationären Aufnahme zu benachrichtigen. (Name, Anschrift, Telefon)

Die Vollmacht ist hinterlegt: _____

Für den Fall, dass eine gesetzliche Betreuung eingerichtet werden muss, schlage ich als Betreuer/in (Name, Anschrift, Telefon)

vor.

Meine Psychiatrie-Vorgeschichte:

Zurzeit behandelnde/r Psychiater/in und Hausarzt/-ärztin:

Ich leide unter folgenden körperlichen Krankheiten/Allergien oder sonstigen zu berücksichtigenden Einschränkungen:

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

Weitere Hinweise für die Behandlung (z. B. Umgang mit Suizidalität, gereizter Stimmung, etc.)

Sonstige Wünsche während der Behandlung, oder besondere Lebensumstände, die ich im Fall einer stationären Behandlung beibehalten möchte (z. B. Ernährung):

2. Kontakte

Folgende Personen dürfen mich während meines Klinikaufenthaltes besuchen:

Mit folgenden Personen möchte ich keinen Kontakt haben, auch wenn sie von sich aus in die Klinik kommen:

3. Medikamente

Ich wünsche regelmäßige Gespräche zur Wirksamkeit der Medikamente.

Ich nehme aktuell folgende Psychopharmaka:

1. _____
2. _____
3. _____

Weiterhin nehme ich folgende Medikamente ein:

1. _____
2. _____
3. _____

In der Krisensituation waren bisher folgende Medikamente (Bedarfsmedikation) hilfreich:

1. _____
2. _____
3. _____

Nicht geholfen /schwere Nebenwirkungen haben:

1. _____
2. _____
3. _____

Ich lehne die Einnahme folgender Medikamente ab:

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich, sofern es möglich ist, Folgendes:

- Tabletten/Dragees Tropfen Spritzen
 Depotspritzen

Besondere Vereinbarungen für die medikamentöse Behandlung:

4. Zwangsmaßnahmen

Falls während der Behandlung in Ausnahmefällen psychiatrische Zwangsmaßnahmen notwendig erscheinen, soll vorher möglichst Folgendes versucht werden:

- Vertrauensperson hinzuziehen Gespräch
 Rückzug in reizarme Umgebung Rauchen
 Musik hören Essen anbieten
 Spaziergänge

Falls Zwangsmaßnahmen aus der Sicht der Klinik unumgänglich sind, soll Folgendes aufgrund vorheriger Erfahrungen beachtet werden (z. B. Erklärungen zu Maßnahmen wie Ausgangsbeschränkungen, Zwangsmedikation oder Fixierung, dabei ggf. auch Festlegung der Reihenfolge):

Falls eine Fixierung erforderlich ist, sollte Folgendes berücksichtigt werden:

Angehörige können mich während der Fixierung besuchen
ja nein

Folgende Vertrauensperson soll während der qualifizierten Sitzwache der Klinik dabei sein:
(Name, Telefon):

Die vorhandene Dokumentation über die Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam eingesehen und besprochen werden.

5. PsychKG LSA

Falls die Klinikeinweisung infolge eines Beschlusses nach dem PsychKG LSA erfolgte, soll mir schnellstmöglich eine Freiwilligkeitserklärung vorgelegt werden.

6. Soziale Situation

Die Klinik bemüht sich, im Rahmen der Möglichkeiten des eigenen psychosozialen Dienstes, die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu regeln (ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson oder dem/der Betreuer/in).

Bei mir ist Folgendes zu klären:

Wohnung

- Sicherung der Wohnung

Der Haustürschlüssel/Wohnungsschlüssel befindet sich bei:

- Ich habe folgende Haustiere

Folgende Person hat sich zur Übernahme der Pflege bereit erklärt (Name, Adresse, Telefon):

Kinder/zu versorgende Personen

- Ich habe folgende minderjährige Kinder (Name, Geburtsdatum):

- Für die Kinder ist folgende Betreuungsmöglichkeit vorgesehen:

- Ich habe für folgende Personen Verpflichtungen übernommen:

Arbeitgeber/Schule

Name, Anschrift, Telefon: _____

- Krankmeldung
- Krankmeldung ohne Kennzeichnung „psychiatrische Klinik“, wenn möglich
- Der Kontakt mit dem Arbeitgeber/Schule soll wie folgt aufgenommen werden:

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

7. Sonstige Festlegungen

***Meinem Willen und meinen Wünschen, die ich durch diese Patientenverfügung niedergelegt habe, ist zu folgen. Eine Zustimmung zu einer Behandlung, die ich im Zustand der mangelnden Einwilligungsfähigkeit gebe, ist ungültig.
Der/die Bevollmächtigte oder Betreuer/in ist umgehend im Vorfeld über sämtliche Maßnahmen zu informieren.***

Ort, Datum

verfügende Person

Ich habe mit der verfügenden Person über die Anweisungen im Falle akuter psychischer Erkrankungen gesprochen.

Die Person war bei der Entscheidung über die psychosoziale Patientenverfügung bei klarem Bewusstsein und hat den mutmaßlichen Willen hier durchdacht und in Kenntnis der Konsequenzen geäußert.

Ort, Datum

medizinisches/ärztliches Personal

Impressum

Herausgeber:

PSAG Halle/Saalekreis
(Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft)

Geschäftsstellen:

Stadt Halle (Saale)
Niemeyerstraße 1
06110 Halle (Saale)
gesundheit@halle.de

Landkreis Saalekreis
Oberaltenburg 4b
06217 Merseburg
gesundheitsamt@saalekreis.de

Stand: März 2020

Hinweis:

Das folgende Kästchen dient dazu, die Kontaktdaten der Vertrauensperson niederzuschreiben und diese nach Möglichkeit im Portemonnaie zu hinterlegen. Im Falle einer Klinikeinweisung kann so zügig Kontakt mit der benannten Person aufgenommen werden und in Folge die psychosoziale Patientenverfügung vorgelegt werden. So kann das Handeln entsprechend den festgelegten -Wünschen- zeitnah ausgerichtet werden.

Sollten Sie keine Vertrauensperson benennen können, so haben Sie die Möglichkeit, Ihre psychosoziale Patientenverfügung bei den Sozialpsychiatrischen Diensten in der Stadt Halle (Saale) oder im Landkreis Saalekreis zu hinterlegen.



Mein Wille/meine Wünsche sind in einer Psychosozialen Patientenverfügung niedergelegt.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Diese ist hinterlegt:

- im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Halle (Saale)
 des Landkreises Saalekreis

bei meiner Vertrauensperson:

Name, Vorname:

Telefonnummer: