

Einverständniserklärung zur psychiatrischen Behandlung in der St. Lukas-Klinik



Ich bin gerichtlich bestellter Betreuer/gerichtlich bestellte Betreuerin für:

Name, Vorname, geb.:

Für folgende Bereiche bin ich gerichtlich bestellter Betreuer/gerichtlich bestellte Betreuerin:

Gesundheit Aufenthalt

**Eine Kopie des Betreuerausweises/Urkunde/Vollmacht liegt bei.
Ohne dieses Dokument ist eine Behandlung nicht möglich.**

Hiermit erkläre ich mich mit der stationären psychiatrischen Behandlung meines/meiner Betreuten durch die St. Lukas-Klinik einverstanden.

Ich entbinde das Behandlungsteam der St. Lukas-Klinik gegenüber der Wohngruppe/Angehörigen/sozialen Betreuern/Behörden* von der Schweigepflicht zur Weitergabe der Behandlungsergebnisse.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die vorbestehende Medikation ärztlich aufgeklärt bin.

Ich nehme zur Kenntnis und bestätige, dass im Rahmen der Behandlung psychiatrische Medikamente eingesetzt werden können. Im Laufe der Behandlung müssen wir mit Ihnen als gerichtlich bestellten Betreuer/Betreuerin ggf. Rücksprache halten können. Wir bitten Sie daher, für uns erreichbar zu sein (am besten mobil), da sich die notwendige Behandlung ansonsten unnötig verzögern könnte. Sollten Sie verhindert sein, benennen Sie uns bitte einen Vertreter/eine Vertreterin. Bei Nichterreichbarkeit muss die Behandlung ggf. abgebrochen werden.

Name des gerichtlich bestellten Betreuers/Betreuerin.....

Mobil:.....

Festnetz:.....

Fax:.....

Email:

.....

Darf die E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme durch die St. Lukas-Klinik verwendet werden?

Ja Nein

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass es sich hierbei um keine verschlüsselte E-Mail-Kommunikation handelt und es aus diesem Grund zu Einschränkungen bei der sicheren Übertragung von E-Mails kommt. Besondere Kategorien personenbezogener Daten i. S. d. § 4 Nr. 2 KDG werden nur in verschlüsselten Anlagen versandt.

Diese Einverständniserklärung und die Kopie des Betreuerausweises sind Teil der Patientenakte und werden entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen gepflegt.

.....
Datum

.....
Unterschrift gerichtlich bestellter Betreuer/
gerichtlich bestellte Betreuerin

*Nicht Zutreffendes bitte streichen

St. Lukas-Klinik

Stationäre Psychiatrie
und Psychotherapie
des Erwachsenenalters

Chefärztin:
Gudrun Bungard

Ihre Ansprechpartnerin:
Constanze Moser
Tel.: +49 7542 10-5320
Fax: +49 7542 10-985320
E-Mail: constanze.moser@
stiftung-liebenau.de

Liebenau Kliniken gemeinnützige GmbH

Siggenweilerstraße 11
88074 Meckenbeuren
Tel.: +49 7542 10-5351
Fax: +49 7542 10-5333
kliniken@stiftung-liebenau.de
www.stiftung-liebenau.de

Geschäftsführung
Alfons Ummenhofer

Amtsgericht
Ort Ulm HRB 631329
Sitz: Meckenbeuren
IK = 260 841 508
USt-IdNr. DE 205 870 338

Bankverbindung
Sparkasse Bodensee
IBAN: DE83 6905 0001 0020
1474 76
BIC: SOLADES1KNZ