

Einverständniserklärung zur ambulanten psychiatrischen Behandlung für

Name der Patientin / des Patienten:	
Geburtsdatum:	

Hiermit erkläre ich mich mit dem Beginn einer ambulanten psychiatrischen Behandlung der/des o. g. Patient/in durch die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) der St. Lukas-Klinik einverstanden. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Rahmen dieser Behandlung Gespräche mit den betreuenden/pflegenden Personen stattfinden und ggf. Psychopharmaka eingesetzt werden können.

Für den Fall einer medikamentösen Behandlung bin ich unter unten genannter Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse erreichbar.

Ich entbinde die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt der PIA von der Schweigepflicht gegenüber den begleitenden Betreuungspersonen und bin mit einer Weiterleitung der Behandlungsprotokolle an die betreuende Einrichtung einverstanden.

Ich ermächtige eine vom Wohnheim bezeichnete Person, Rezepte der Institutsambulanz entgegenzunehmen.

Vor- und Zuname der gesetzlichen Betreuung:	
Straße mit Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Telefon- / ggf. Faxnummer der gesetzlichen Betreuung (gerne Mobiltelefon):	
E-Mail-Adresse der gesetzl. Betreuung:	

Vor- und Zuname der Stellvertretung der gesetzlichen Betreuung:	
Telefon- / ggf. Faxnummer der Stellvertretung (gerne Mobiltelefon):	
E-Mail-Adresse der Stellvertretung:	

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Einverständniserklärung nur bei gleichzeitig vorgelegter Kopie des Betreuerausweises gültig ist. Ich versichere, dass die Betreuung rechtsgültig Bestand hat. Die Einverständniserklärung und die Kopie des Betreuerausweises sind Teil der Patientenakte und werden entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingepflegt.

Kopie des Betreuerausweises wurde vorgelegt: ja nein

Datum

Unterschrift aller gesetzlichen Betreuer/Betreuerinnen