

Therapievertrag

Zur Behandlung auf der Station für Qualifizierte Entgiftung A10
des Westfälischen Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Heilpädagogik Hamm

zwischen

_____ (Name des Jugendlichen)

und dem

Westfälischen Institut

vertreten durch _____ (zuständiger Therapeut)

und _____ (zuständige Bezugsperson des PPD)

wird vereinbart:

Die Klinik bietet zur qualifizierten Entzugbehandlung (QE) ein tägliches Therapieprogramm und tägliche ärztliche Visiten an.

Der Jugendliche _____ erklärt:

1. ich verpflichte mich, während des Aufenthaltes keine Drogen und keinen Alkohol zu konsumieren, auch keine Suchtmittel anzunehmen oder zu verkaufen.
2. Ich werde niemandem Gewalt androhen und keine Gewalt ausüben, weder mit Worten, noch mit Taten.
3. Ich werde während der Behandlung keinerlei Körperkontakt und sexuelle Beziehung eingehen.
4. Ich verpflichte mich, alle mitgebrachten Gegenstände und auch Kleidung durchsehen zu lassen.
5. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zur Sicherung der Drogenfreiheit der Station mein Zimmer und meine persönlichen Gegenstände auch nach der Aufnahme bei gegebenen Anlass durchsucht werden können.
6. Mir ist bewusst, dass häufiger und auch ohne vorheriger Ankündigung Untersuchungen stattfinden können, wie Bluttest, Urintest, Stuhltest, und dass auch EEGs, EKGs kontrolliert werden. Ich werde diese Untersuchungen freiwillig durchführen lassen.

7. ich verpflichte mich, an allen Aktivitäten, an den gemeinsamen Mahlzeiten, therapeutischen Veranstaltungen und Gruppentherapien teilzunehmen, sofern mir die Teilnahme nicht ärztlich untersagt wird.
8. Ich bin damit einverstanden, dass für die gesamte QE-Behandlung eine völlige Kontaktsperre zu meiner Familie, Freunden, Bekannten und Verwandten besteht. Ausgenommen sind Briefkontakt, Familientherapien und therapeutische Gespräche mit anderen wichtigen Bezugspersonen.
9. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich während der QE-Behandlung keinen alleinigen Ausgang wahrnehme
10. Ich verpflichte mich, mit den Mitarbeitern und Therapeuten zusammenzuarbeiten. Ich werde mitteilen, wenn ich Besonderheiten in meinem gesundheitlichen Zustand bemerke.
11. Gemeinsam mit meinen Sorgeberechtigten (Eltern, Vormund, Jugendamt) haben wir besprochen und ist mir bewusst, dass die Behandlung hier, sofern ich den Behandlungsvertrag nicht einhalte, durch die Klinik jederzeit beendet werden kann. Für diesen Fall ist Sorge getragen, dass ich eine Bleibe habe. Meine Eltern (oder die zuständige Einrichtung bei Aufnahme aus der Jugendhilfe) sind einverstanden, mich dann abzuholen, bzw. der Klinik ist gestattet, mich allein auf den Heimweg zu schicken.
12. Die ständige Entlassadresse ist:

Hamm, den _____

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des/der Therapeuten/in

Unterschrift des päd. - pflegerischen Mitarbeiters

Unterschrift des Sorgeberechtigten

Unterschrift des zuständigen Jugendamtes