

Therapievertrag

Name Patient: _____

1. Mit diesem Therapievertrag verpflichte ich mich, die Klinikregeln einzuhalten und mit dem therapeutischen Team zusammen zu arbeiten.
2. Mit unangekündigten Kontrollen meiner Abstinenz durch Mitarbeiter der Fachklinik Schielberg bin ich einverstanden.
3. An den einzelnen Therapieangeboten der Fachklinik Schielberg, die mein Bezugstherapeut mit mir festlegt, nehme ich regelmäßig und aktiv teil.
4. Fehlende Behandlungsmotivation, Rückfälle und Gewaltanwendung, während der Therapie schaffen eine neue Situation. Wir lassen uns in diesem Fall bis zu einer Woche Zeit, die Hintergründe hierfür gemeinsam mit Ihnen zu verstehen. Danach versuchen wir eine neue Vereinbarung zu schließen. Sollte das nicht gelingen, ist Ihre Therapie in unserem Haus beendet.
5. Wenn ich gegen das Abstinenzgebot verstoße und meinen Rückfall oder den eines Gruppenmitgliedes nicht offen anspreche, wenn ich körperliche oder psychische Gewalt anwende, oder wenn ich an den Therapieangeboten nicht regelmäßig teilnehme, erlischt der Therapievertrag.
6. Mir ist klar, dass die Mitarbeiter der Fachklinik Schielberg der Schweigepflicht unterliegen, die Informationsoffenheit im Team aber notwendig ist, um den Therapieerfolg zu gewährleisten. Damit ein vertrauensvolles Arbeitsklima in der Therapiegruppe entstehen kann, werde ich Einzelheiten über Mitpatienten und deren Namen nicht an Dritte weitergeben.
7. Ich bin damit einverstanden, im Bedarfsfall, einzelne therapeutische Gespräche mit meinem Partner, meiner Partnerin oder anderen für mich wichtigen Bezugspersonen zu führen, um mit ihnen gemeinsam nach Lösungen zu suchen.
8. Bei Abbruchgedanken und Therapiekrisen bin ich bereit, an dem Krisenmanagement teilzunehmen: 1. Krisengespräch (Therapeut/Arzt), Zuteilung eines Krisenpaten, 2. Krisengespräch.

Schielberg, den

Patient

therapeutische Leitung

Die Klinikregeln und Empfehlungen habe ich empfangen

Schielberg, den

Patient