

Fachklinik Haus Weitenau D 6.1.1. D011	6.1.1. Aufnahmeplanung Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten	
--	---	---

Haus Weitenau
 Fachklinik für suchtkranke Jugendliche
 Tel: 07627 / 7085-0
 Fax: 07627 / 7085-130
 e-mail: weitenau@bw-lv.de

Die/der Unterzeichnende erklärt bzw. die Unterzeichnenden erklären:

1. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass sich meine/unsere Tochter bzw. mein/unsere Sohn in der Fachklinik Haus Weitenau, Abteilung für Jugendliche und junge Erwachsene zur Rehabilitation ihrer/seiner Drogenabhängigkeit befindet.
2. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Tochter bzw. mein/unsere Sohn an allen therapeutisch/pädagogischen Programmen der Fachklinik Haus Weitenau teilnimmt.
3. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Tochter bzw. mein/unsere Sohn im Rahmen der üblichen Regeln der Fachklinik Haus Weitenau behandelt wird, d.h.:
 - die Regeln des Hauses akzeptiert und am vorstrukturierten Tagesablauf teilnimmt;
 - drogen- und alkoholabstinent lebt und auch Arzneimittel nur auf ärztliche Verordnung und unter Kontrolle einnimmt.
4. Mir/Uns ist deutlich, dass das Zusammenleben vieler fremder Personen auf engem Raum ein erhöhtes Maß an gegenseitigem Verständnis und Toleranz erfordert. Dabei ist es nicht zu vermeiden, dass persönliche Freiheiten – auch im Kontakt zu uns – eingeschränkt sind. Ich bin/Wir sind einverstanden, auf Sachgeschenke, Lebensmittelgeschenke und Ähnliches zu verzichten und stattdessen alternativ auf Geldgeschenke auszuweichen.

Alle Dinge des täglichen Gebrauchs können entweder am hauseigenen Kiosk bargeldlos oder in Begleitung eines Mitarbeiters in Geschäften am Ort eingekauft werden. Die Geldgeschenke bitten wir Sie dringend nicht in Briefen beizulegen oder postlagernd zu senden. Nutzen Sie bitte das Girokonto der Fachklinik:

**Kto.nr.: 1059153, BLZ: 68350048, Sparkasse Lörrach
IBAN: DE04 6835 0048 0001 0591 53, BIC: SKLODE66XXX**

Vergessen Sie nicht, den Namen der/des Begünstigten anzugeben. Bitte unterlassen Sie heimliche Geldzuwendungen, sie erhöhen die Gefahr von Suchtmittelleinkäufen dramatisch!

<p>Fachklinik Haus Weitenau D 6.1.1. D011</p>	<p>6.1.1. Aufnahmeplanung Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten</p>	
--	---	---

5. Ich bin/Wir sind einverstanden, Besuchstermine vorher mit den MitarbeiterInnen abzusprechen.

Wir unterstützen sehr den Einbezug von Angehörigen in die Behandlung. Gleichzeitig müssen wir Sie bitten, beim telefonischen, brieflichen und persönlichen Kontakt zu beachten, dass insbesondere beim ersten Besuch in unserer Einrichtung wir Sie kennen lernen müssen. Dieser Termin muss in der ersten Wochenhälfte stattfinden, damit wir die Möglichkeit haben, eventuelle Wünsche oder Probleme mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn im Verlaufe der Woche noch bearbeiten zu können. Dies ist am Wochenende nicht in der notwendigen Intensität möglich.

6. Ebenso bin ich/sind wir damit einverstanden, bei Besuchen auf dem Klinikgelände, mich/uns sofort nach Ankunft bei der/dem diensthabenden MitarbeiterIn zu melden und bei Verlassen wieder abzumelden sowie Mitgebrachtes sofort zur Kontrolle abzugeben. Ich/Wir achte/n auch darauf, während des Besuches selbst keine Suchtmittel zu mir/uns zu nehmen. Ich/Wir akzeptiere/n das strikte Alkoholverbot für meine/unsere Tochter bzw. meinen/unsere Sohn. Das beinhaltet auch alkohol- und drogenhaltige Lebensmittel. Hierzu verpflichte/n ich mich/wir uns zur absoluten Sorgfalt und unterstütze/n damit den drogenfreien Rahmen.
7. Meine/Unsere Tochter/Sohn wird im Anschluss an die Aufnahmephase in die Lage versetzt, über ein Mobiltelefon zu festgelegten Zeiten unbegleitet telefonieren zu können.

In Krisensituationen bedeutet dies, dass wir darauf angewiesen sind, dass Sie uns über an Sie herangetragene Krisen, Abbruchwünsche o.ä. informieren. In keinem Fall sollten Sie unabgesprochen Vereinbarungen treffen!

Jugendlichkeitherapie ist stets sehr bedroht durch mangelnde Impulskontrolle und große Probleme, Gefühle auszuhalten. Als sehr problematisch hat sich gezeigt, dass im Verlauf von Krisen Situationen neu eskalierten, weil keine Absprachen zwischen Sorgeberechtigten und den verantwortlichen KlinikmitarbeiterInnen stattfanden.

Besonders an Abenden und an Wochenende sollten Sie alles tun, um Situationen zu deeskalieren. Auch Mitteilungen von negativen Vorkommnissen (z.B. Verletzungen oder Tod von Verwandten oder Freunden, bedrohliche Krisen...) sollten Sie erst mit den verantwortlichen MitarbeiterInnen der Fachklinik absprechen, um einen geeigneten Zeitpunkt der Mitteilung zu vereinbaren, an dem Ihre Tochter/Ihr Sohn intensiv begleitet werden kann.

Wochenenden und Abende sind für belastende Mitteilungen nicht geeignet!

Zur Information und Absprache nutzen Sie bitte an den Abenden und Wochenenden die Telefonnummer: 07627/7085-126.

Zu den gewöhnlichen Dienstzeiten nutzen Sie bitte die Telefonnummer: 07627/7085-0.

Fachklinik Haus Weitenau D 6.1.1. D011	6.1.1. Aufnahmeplanung Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten	
--	---	---

8. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass meiner/unserer Tochter bzw. meinem/unserem Sohn bei Beendigung der Therapie und Verlassen der Einrichtung lediglich Fahrgeld bis zum Heimatort zur Verfügung gestellt wird. Das ihr/ihm zustehende Taschengeld wird nach Abrechnung überwiesen. Ebenso bin ich/sind wir darüber informiert, dass Kleidung und persönliche Gegenstände von meiner/unserer Tochter bzw. meinem/unserem Sohn bei Entlassung mitgenommen werden müssen. Persönliche Sachen, die bei der Abreise nicht mitgenommen werden können, werden per Paket auf meine/unsere Kosten an meine/unsere folgende Adresse gesandt:

9. Ich/Wir erklären ausdrücklich, dass ich/wir während des Aufenthalts meiner/unserer Tochter bzw. meines/unseres Sohnes in der Fachklinik, ganz besonders innerhalb der ersten 4 Wochen, jederzeit erreichbar sein werde/n. Nötigenfalls werde ich/werden wir ein Handy anschaffen, um eine durchgehende Erreichbarkeit zu gewährleisten. Sämtliche relevanten Rufnummern werde ich/werden wir der Fachklinik Haus Weitenau mitteilen.

10. Mir/Uns ist bewusst, dass ich/wir im Sonderfall einer unplanmäßigen Entlassung am Prozess beteiligt und informiert werde/n. Am Tag der Entlassung besteht unter Umständen die Notwendigkeit, zeitnah meine/unsere Tochter bzw. meinen/unseren Sohn abzuholen. Damit bin ich/sind wir einverstanden.

Ich bin/Wir sind ständig unter folgenden Telefonnummern zu erreichen:

Festnetz privat: _____ Festnetz Geschäft: _____

Mobil: _____ Verbindliche Vertretung: _____

Sollte keine Kontaktaufnahme möglich sein, wird in Ausnahmefällen die Entlassung auch ohne Rücksprache vollzogen. Demzufolge bin ich/sind wir einverstanden, dass die Heimfahrt durch öffentliche Verkehrsmittel mit meiner/unserer Tochter bzw. meinem/unseren Sohn geplant und eingeleitet wird. Die Zieladresse soll in diesem Fall sein:

11. Ich bin/Wir sind darüber informiert worden und einverstanden, dass für die Erstellung von Berichten und Abrechnungen Daten meiner/unserer Tochter bzw. meines/unseres Sohnes in der EDV der Fachklinik gespeichert werden.

Die MitarbeiterInnen der Fachklinik Haus Weitenau verpflichten sich, Ihre Tochter/Ihren Sohn in ihrer/seiner Entwicklung zu unterstützen und Hilfestellungen für ein drogenfreies und selbstständiges Leben nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme zu geben.

Ebenso verpflichten sich die MitarbeiterInnen der Fachklinik Haus Weitenau, Sie als Erziehungsberechtigte und Angehörige nach Abbruch der Therapie durch Ihre Tochter/Ihren Sohn sofort zu benachrichtigen. Zusätzlich werden wir die Ihre Tochter/Ihren Sohn zuletzt betreuende Drogenberatungsstelle informieren.

Fachklinik Haus Weitenau D 6.1.1. D011	6.1.1. Aufnahmeplanung Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten	
--	---	---

12. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Fachklinik Haus Weitenau in Vertretung für die/den Erziehungsberechtigte/n Rauchwaren an meine/unsere Tochter bzw. meinen/unsere Sohn ausgibt, und dass meiner/unsere Tochter bzw. meinem/unsere Sohn das Rauchen auf den dafür vorgesehenen Plätzen des Klinikgeländes erlaubt ist.

Name/n der/des Erziehungsberechtigten

Telefonnummer/n für Notfälle

Unterschrift/en der/des Erziehungsberechtigten

Kenntnisnahme durch PatientIn

Steinen, den _____

Unterschrift BezugstherapeutIn der
Jugendlichen-Abteilung

Kopie dieser Einverständniserklärung wurde der/dem/den Erziehungsberechtigten ausgehändigt.