

Behandlungsvertrag zwischen der Stiftung Maria Ebene und dem/der Patient:in

Vor- und Nachname in Blockbuchstaben

Eintrittsdatum

Geburtsdatum

Folgende Punkte werden zwischen den Vertragspartnern vereinbart:

- Der/Die Patient:in wird zum Behandlungsbeginn über die Inhalte und Angebote der Behandlung mündlich und schriftlich aufgeklärt. Er/Sie erhält Informationen über das Behandlungskonzept, die gültige Hausordnung und die Mitwirkungspflicht in der stationären Behandlung (Entzug; Entwöhnung). Wird der Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen, endet dieser Behandlungsvertrag mit der Entlassung aus der Behandlung.
- Die Haus-, Anstalts- und Brandschutzordnung (siehe Aushang im Obergeschoss) sind als Bestandteil dieses Vertrages einzuhalten. Sie sind im Obergeschoss zentral ausgehängt.
- Der Besitz und Konsum von Suchtmitteln, Alkohol, Drogen und nicht verordneten Medikamenten wird während der stationären Therapiezeit nicht toleriert. Auch während der Ausgänge ist es nicht gestattet, Alkohol und Suchtmittel zu konsumieren.
- Labor-Kontrollen, insbesondere Harn-, aber auch Blutwertekontrollen werden aufgrund wesentlicher medizinischer Erfordernisse durchgeführt. Sie dienen auch dem Nachweis einer therapielevanten Abstinenz und sind somit Voraussetzung für eine abstinenzorientierte Therapie – dazu zählen ebenso regelmäßig oder stichprobenartig durchgeführte Atemluftkontrollen. Grundsätzlich erfolgen diese Kontrollen freiwillig. In begründeten Fällen können von Seiten des therapeutischen Teams auch Kontrollen von Kleidung und Gepäck, vom stationären Zimmer und von auf dem Gelände der Therapiestation abgestellten KFZ durchgeführt werden.
- Alle Ausgänge sind anzumelden bzw. mit dem therapeutischen Team zu vereinbaren. Als Grundlage dient die jeweils gültige Ausgangsregelung der Therapiestation Lukasfeld. Für die Zeit der Abwesenheit aus der Therapiestation übernimmt der/die Patient:in die alleinige Verantwortung für alle Risiken, Unfälle oder gesundheitlichen Folgen.
- Außer in Notfallsituationen darf während des stationären Aufenthaltes ohne Rücksprache mit der medizinischen und therapeutischen Leitung außerhalb der Therapiestation keine medizinische und/oder therapeutische Behandlung in Anspruch genommen werden.
- Bei allfälligen Beschwerden kann jederzeit die interne Beschwerdestelle (Information dazu im Sekretariat) kontaktiert werden. Gegebenenfalls kann jederzeit auch mit der zuständigen Patientenadvokatur für Vorarlberg Kontakt aufgenommen werden (T: 05522 81553).

Bei Beendigung der Therapie hat der/die Patient:in das Eigentum sofort mit zu nehmen. Für zurückgelassene bzw. vergessene Gegenstände mit geringfügigem Wert beträgt die maximale Aufbewahrungsfrist 14 Tage. Wertgegenstände und Geldbeträge werden per Einschreiben übermittelt. Die Kosten dafür hat der/die Patient:in zu tragen. Nach der Entlassung aus der Therapiestation wird empfohlen, sich zur Klärung des Versicherungsschutzes umgehend mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger in Verbindung zu setzen.

Aufgrund unserer Verschwiegenheitsverpflichtung und gemäß den gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhalten dritte Personen/Institutionen grundsätzlich keine Informationen zur Person oder zum Therapieaufenthalt von Patient:innen der Therapiestation Lukasfeld. Der/Die Patient:in kann namentlich genannte Mitarbeitende des Bezugstherapie Teams sowie die medizinische und therapeutische Stationsleitung durch Unterschrift ermächtigen, namentlich genannte Personen zum Therapieaufenthalt zu informieren bzw. sich darüber auszutauschen.

Zutreffendes bitte ankreuzen und Personen/Beratungsstelle namentlich anführen:

Familienangehörige: _____

Beratungsstelle verständigt: _____

(1) Hausarzt:ärztin bzw. (2) Facharzt:ärztin: _____

Ich möchte, dass ein abschließender Therapiebericht (Arztbrief) an oben Genannte übermittelt wird (zutreffendes bitte ankreuzen):

- meine:n Hausarzt:ärztin
- meine:n Facharzt:ärztin
- meine Beratungsstelle

Unterschrift

Datum

Für die Therapiestation Lukasfeld

Für Patient:innen unter 18 Jahren ist zusätzlich die Unterschrift einer erziehungs- oder obsorgeberechtigten Person oder Institution (z. B. Kinder- und Jugendhilfe) erforderlich.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Erziehungsberechtigung
- Obsorgeberechtigung

Vor- und Familienname in Blockbuchstaben

Datum

Name und Anschrift der Institution

Unterschrift Patient:in

Anhang für den Behandlungsvertrag für Patient:innen auf Zuweisung der Justiz auf der Grundlage §§ 15 Abs. 5 und 39 SMG und §§ 22 StGB sowie 68a STVG

Vor- und Nachname in Blockbuchstaben

Eintrittsdatum

Geburtsdatum

Mir ist bekannt, dass ich aufgrund einer gerichtlichen bzw. behördlichen Anordnung behandelt werde. Ich bin verpflichtet, die zuständigen Behörden bzw. das zuständige Gericht vom Beginn und Verlauf meiner Therapie schriftlich durch Übergabe von Berichten, die ich von der Therapiestation erhalte, auf dem Laufenden zu halten.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich schicke die erhaltende Bestätigung über meinen Behandlungsantritt sowie alle erhaltenen Verlaufsberichte inklusive des Abschlussberichts selbst an das zuständige Gericht bzw. an die zuständige Behörde.
- Ich ersuche die Therapiestation Lukasfeld (Bezugstherapieteam; Stationsleitungen) die Antrittsbestätigung, alle Verlaufsberichte und den Abschlussbericht an das zuständige Gericht bzw. an die zuständige Behörde zu senden und mir in Kopie zu übergeben.

Ich bin darüber informiert, dass bei einem Therapieabbruch seitens der Therapiestation Lukasfeld eine kurze Mitteilung darüber an das zuständige Gericht/die zuständige Behörde erfolgt. Um bei einem Therapieabbruch ggf. rechtliche Folgeprobleme zu vermeiden, sollte der/die betroffene:r Patient:in so rasch wie möglich Kontakt mit dem zuständigen Gericht bzw. der zuständigen Behörde aufnehmen.

Unterschrift Patient:in

Datum

Für die Therapiestation Lukasfeld

Für Patient:innen unter 18 Jahren ist zusätzlich die Unterschrift einer erziehungs- oder obsorgeberechtigten Person oder Institution (z. B. Kinder- und Jugendhilfe) erforderlich.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Erziehungsberechtigung

Obsorgeberechtigung

Vor- und Familienname in Blockbuchstaben

Datum

Name und Anschrift der Institution

Unterschrift Patient:in