



Einwilligungs- und Entbindungserklärung

1. Hiermit erkläre ich meine Einwilligung, dass
Frau/Herr _____ geb. am _____
im Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen (BHZ) im KEH
vollstationär behandelt werden kann.
2. Ich wurde darüber informiert, dass zur Gewährung der Aufsichts- und Betreuungspflicht die
Stationstür verschlossen sein kann. Nicht untergebrachte Personen können jedoch jederzeit auf
eigenen Wunsch die Station unverzüglich verlassen. Sollte eine Unterbringung meines Betreuten
notwendig werden, werden die hierzu notwendigen rechtlichen Schritte durch einen Arzt der Station
mit mir besprochen. Nur in Ausnahmefällen – namentlich wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden
ist – kann die Anordnung durch mich auch ohne vorherige Einwilligung des Betreuungsgerichts
erfolgen, dann ist die betreuungsgerichtliche Genehmigung jedoch unverzüglich durch mich
nachzuholen. Die jeweilige gerichtliche Entscheidung werde ich dem KEH unverzüglich bekannt
geben, sobald sie mir vorliegt
3. Weiterhin entbinde ich den behandelnden niedergelassenen Arzt oder Psychologen, sowie das
Fachpersonal der entsendenden Einrichtung im Falle der Notwendigkeit der Weitergabe zusätzlicher
Informationen von der Schweigepflicht. Dies schließt die Einsichtnahme der ärztlichen Mitarbeiter
sowie des medizinischen Personals des KEH in vorhandene Akten und Unterlagen ein.
4. Häufig werden die von uns behandelten Menschen mit geistiger Behinderung zur stationären
Aufnahme von Wohngruppenmitarbeitern (Heimbereich) oder Einzelfallhelfern (ambulanter Bereich)
begleitet. Ich bin damit einverstanden, dass diese Begleitpersonen Informationen über
Untersuchungsergebnisse, Verhalten und Diagnosen an das Behandlungsteam des BHZ während
des Aufenthalts weitergeben dürfen.
5. Ebenso bin ich einverstanden, dass diesem Personenkreis aus Punkt 4 – also sämtliche in die
Betreuung des Patienten involvierte Personen der stationären oder ambulanten Versorgung - im
Laufe der gesamten stationären Behandlung im BHZ Befunde auch in schriftlicher Form mitgeteilt
werden können. Ich entbinde somit hierfür die ärztlichen, pädagogischen, psychologischen,
therapeutischen, sozialdienstlichen und pflegerischen Mitarbeiter des BHZ diesem Personenkreis
gegenüber von der Schweigepflicht.
6. Zur Weiterleitung von Epikrisen, Befunden und psychologischen oder pädagogischen Berichten für
die ambulante weiterführende Versorgung an den einweisenden Arzt und die Betreuungseinrichtung
(sofern vorhanden) gebe ich meine Einwilligung.
7. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Regelbehandlung erhobene Daten für
wissenschaftliche Untersuchungen in anonymisierter Form genutzt werden dürfen.

Berlin, den _____

Unterschrift Betreuer*in

Unterschrift Patient*in