

Informationsblatt zur Qualifizierten tagesklinischen Entgiftungsbehandlung

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

in unserer Abteilung für Suchtmedizin besteht die Möglichkeit, eine qualifizierte Entgiftungsbehandlung tagesklinisch durchzuführen.

Dies bedeutet, dass Sie zunächst körperlich und psychiatrisch untersucht werden. Ihr Arzt / Ihre Ärztin legt ein medikamentöses und ein nichtmedikamentöses Therapieangebot fest. In den folgenden Tagen werden Sie tagsüber am Therapieprogramm unserer Stationen teilnehmen und nachts sowie an Wochenenden und Feiertagen sich in Ihrem häuslichen Umfeld aufhalten.

Da im Rahmen einer Entgiftung verschiedene medizinische Komplikationen auftreten können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten, um herauszufinden, ob Sie für eine tagesklinische Entgiftung geeignet sind:

(Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen.)

1. Sind Sie alkoholabhängig?	0 Ja	0 Nein
2. Sind Sie medikamentenabhängig?	0 Ja	0 Nein
3. Welche Menge konsumieren Sie täglich in welcher Form?	_____	_____
4. Hatten Sie schon mal einen epileptischen Anfall?	0 Ja	0 Nein
5. Leiden Sie an Bluthochdruck?	0 Ja	0 Nein
6. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?	0 Ja	0 Nein
7. Leiden Sie an Blutzucker (Diabetes mellitus)?	0 Ja	0 Nein
8. Leiden Sie an einer Herzerkrankung?	0 Ja	0 Nein
9. Leiden Sie an sonstigen, z. B. internistischen oder neurologischen Erkrankungen?	0 Ja	0 Nein
10. Haben Sie einen festen Wohnsitz?	0 Ja	0 Nein
11. Gibt es eine Vertrauensperson, die in die Behandlung offen mit einbezogen werden darf und Ihnen im Falle von Schwierigkeiten während der Behandlung zuhause hilfreich zur Seite stehen kann?	0 Ja	0 Nein

Klinikum am Europakanal

Klinik für Psychiatrie,
Sucht, Psychotherapie
und Psychosomatik

Unser Zeichen:

Auskunft erteilt:
Station GO

Gebäude G
Zimmer Nr.

GO: Tel.: 09131/753-2590
Fax: 09131/753-2339

Dienstanschrift:

Klinikum am Europakanal
Am Europakanal 71
91056 Erlangen

Buslinien: 288 / 289

Haltestelle:
Klinikum am Europakanal

Anschrift:

Bezirkskliniken Mittelfranken
Feuchtwanger Str. 38
91522 Ansbach

www.bezirkskliniken-mfr.de

Konto:

Sparkasse Erlangen
(BLZ 763 500 00)
Kontonummer
47 403

Steuernummer:

203/114/00240

Informationen und Anmeldung unter:
09131-753-2723 (Institutsambulanz) oder
09131-753-2590 (Station direkt)

Behandlungsvereinbarung zur Durchführung einer tagesklinischen Entgiftungsbehandlung

zwischen der Abteilung für Suchtmedizin und

Herrn/Frau:	(Im folgenden Patient/-in genannt)
geb. am:	
Adresse:	
Telefonnummer: Festnetz:	Handy:

Beginn der Behandlung am: _____ um: _____ auf der Station: _____

1. Die Aufnahme erfolgt pünktlich zum vereinbarten Zeitpunkt.
2. Die Atemalkoholkonzentration bei Aufnahme darf höchstens 1,5 Promille betragen. (Sonst vollstationäre Entgiftung).
3. Der Patient / die Patientin verpflichtet sich, während der teilstationären Behandlung **nicht** aktiv am Straßenverkehr teil zu nehmen.
4. Der Patient / die Patientin verpflichtet sich, während der tagesklinischen Entgiftung **weder** heimlich **noch** offen Suchtmittel zu konsumieren und **keine** Suchtmittel in die Klinik mit zu bringen.
5. Der Patient / die Patientin verpflichtet sich, aktiv und vollständig am stationsinternen multimodalen Therapieprogramm nach Therapieplan teil zu nehmen.
6. Der zuständige Arzt / die zuständige Ärztin berät dem Patienten / die Patientin zur Einnahme entzugsmindernder Medikamente.
7. Bei einem schwerem Entzugssyndrom oder sonstigen Komplikationen im Verlauf ist der Patient / die Patientin mit einer vollstationären Weiterbehandlung einverstanden.
8. Dauer der tagesklinischen Behandlung nach ärztlicher Vorgabe, in aller Regel 14 Tage bei Alkoholabhängigkeit, je nach Verlauf und bei Entgiftung von anderen Substanzen auch länger.
9. Die Entlassung erfolgt nach abgeschlossener Entgiftung im Einvernehmen zwischen dem Patienten / der Patientin und dem therapeutischen Team.

Erklärung zur weiterführenden Behandlung:

10. Der Patient / die Patientin erklärt seine / ihre Bereitschaft zu weiterführenden ambulanten Suchttherapie- und / oder Suchthilfemaßnahmen nach Beendigung der Entgiftungsbehandlung. Hierzu wird er / sie vom therapeutischen Team beraten.

Erlangen, den _____ Unterschrift: _____

Unterstützende Person im häuslichen Umfeld:

Name: _____ Datum, Unterschrift: _____

Das Behandlungsteam Ihrer Station erklärt sich bereit, Sie auf Ihrem Weg so gut wie möglich zu unterstützen:

dafür stellv. Name: _____ Datum, Unterschrift: _____

Wir wünschen Ihnen in unserer Abteilung recht viel Erfolg! ☺