Information über Notfallplan

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liebe Rehabilitandin, lieber Rehabilitand,

schön, dass Sie sich für die Nachsorge mit DE-RENA entschieden haben. An dieser Stelle möchten wir Sie noch einmal ausführlich über die **Möglichkeiten und Grenzen von DE-RENA** informieren.

DE-RENA stellt ein Konzept dar, das zum Ziel hat, die erreichten Therapieerfolge aufrechtzuerhalten. DE-RENA ist ein Nachsorgeangebot im Anschluss an Ihre stationäre Rehabilitationsbehandlung und damit als Ergänzung zu bzw. Unterstützung Ihrer ambulanten Behandlung (ambulante Psychotherapie oder ambulante psychiatrische Versorgung) zu verstehen, soll diese aber nicht ersetzen.

**Bei einer erneuten Zunahme der Depressionssymptomatik sollten Sie unbedingt Kontakt zu Ihren ambulanten Behandlern vor Ort aufnehmen, um sich Hilfe zu holen.**

DE-RENA kann Ihnen durch die 14-tägige Abfrage Ihres Befindens über die DE-RENA-App helfen, selbst besser zu erkennen, ob sich Ihr psychischer Zustand verschlechtert. Ihre Angaben werden im Rahmen der Nachsorge erfasst und von unseren Coaches eingesehen.

Sollten sich aus den wöchentlichen Angaben zu Ihrem Befinden für den Coach Anhaltspunkte für eine bedeutsame Veränderung der Depressionssymptomatik ergeben, so werden wir versuchen, mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

**Es ist jedoch NICHT sichergestellt, dass der Coach kontinuierlich und zeitnah auf Ihre Auswertungen des Depressions-Fragebogens PHQ9 und weitere Eingaben in der App, sowie Ihre Anrufe oder Kontaktanfragen reagieren kann.**

Ihr DE-RENA-Team

Vereinbarung für die ambulante Behandlung und den Umgang mit Krisensituationen

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Im Fall von Krisen bzw. einer Verschlechterung meines Gesundheitszustands wende ich mich an folgende ambulanten Behandler (Psychiater/Neurologe, Psychotherapeut, Hausarzt):

Name: Anschrift: Telefonnummer:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Folgende Angehörige und Freunde können Sie im Bedarfsfall kontaktieren:

Name: Anschrift: Telefonnummer:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die folgenden Coaches

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sowie den therapeutischen Supervisor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

der Klinik in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

befreie ich von der ärztlich-therapeutischen Schweigepflicht gegenüber den oben genannten ambulanten Behandlern, Angehörigen und Freunden.

**Mir ist bewusst, dass die Reha-Nachsorge erst beginnen kann, wenn meinem Coach dieser Notfallplan unterschrieben vorliegt.**

**Über die Grenzen und Möglichkeiten von DE-RENA (siehe Seite 1) wurde ich aufgeklärt.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Unterschrift