

Überlebensvertrag

Name:

Geb.:

Anschrift:

Hiermit verpflichte ich mich, während der gesamten Zeit meiner ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bei Herrn Dr. Jansen keinen Selbstmordversuch zu unternehmen.

Mit einem Suizidversuch endet in der Regel die ambulante Behandlung bei Herrn Dr. Jansen.

Gegebenenfalls beginnt dann eine stationäre Behandlung.

Ich weiß, dass ich bei Selbstmordgedanken mit meinem Therapeuten sprechen kann unter der Telefon Nr.: 0172-5412760

oder mir bei folgenden Einrichtungen Hilfe holen kann:

Telefonseelsorge:

www.telefonseelsorge.de

0800/111 0 111

0800/116 123

Freikirchliche Beratungsstelle: 040-417504

Evangelische Beratungsstelle: 040-7964608

Kath. Beratungsstelle: 040-773532

Psychiatrische und Psychotherapeutische Ambulanz und Tagesklinik im AK

Ochsensoll: 040-181887-0

Ambulanz des UKE (Psychiatrie / Uni Krankenhaus HH-Eppendorf)

Telefonnummer: 040 -741053210

oder

mich um eine stationäre Aufnahme bemühen kann, z.B. in der psychosomatischen

Klinik Ginsterhof, 21224 Rosengarten, Metzendorfer Weg 21, Tel.: 04108 – 5980

Datum:

Unterschrift des Patienten: _____

Unterschrift des Therapeuten: _____