

## 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](http://www.telefonseelsorge.de)

**0800/111 0 111 116 123**

**0800/111 0 222 116 123**

Freikirchliche Beratungsstelle: **040-417504**

Evangelische Beratungsstelle: **040-32503870/-71**

Kath. Beratungsstelle: **040-246524**

Psychiatrische und Psychotherapeutische Ambulanz und Tagesklinik im AK  
Ochsenszoll: **040-181887-0**

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

Telefonnummer : **040 - 40741035000**

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: \_\_\_\_\_