

Vereinbarung zum Umgang mit Selbstverletzungsdruck

Name

Datum

Hiermit verspreche ich, bei Selbstverletzungsdruck die mit meiner/em Bezugspsychotherapeutin/en vereinbarten Alternativstrategien anzuwenden:

1.

2.

3.

4.

5.

Sollte es dennoch zu einer Selbstverletzung kommen, hat sich zum besseren Verständnis des Vorfalls und zur Vorbeugung weiterer Vorfälle folgendes Vorgehen bewährt:

1. **Werktags:** sofortige Versorgung der Wunde beim behandelnden Internisten.

Abends und am Wochenende: sofortige Versorgung der Wunde beim Nacht-/Wochenenddienst bzw. in der nächstgelegenen Notfallambulanz.

2. Erstellen einer Verhaltensanalyse.

3. Besprechen der Verhaltensanalyse anstelle des nächsten regulären Psychotherapieeinzelns.

Allgemein gilt, dass Sie bei allen Kontakten mit Mitpatienten/innen und Mitarbeitern/innen des Behandlungsteams sichtbare Narben durch Kleidung bedecken müssen.

Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift Bezugspsychotherapeutin/-therapeut