

Lebensvertrag

Ich verspreche, mich bis zum Abschluss der ambulanten Therapie nicht selbst zu verletzen und nichts zu unternehmen, was mein eigenes Leben in Gefahr bringen könnte. Wenn meine Gedanken vermehrt um den Tod kreisen oder ich das Gefühl habe, nicht mehr weiterleben zu können, rufe ich meinen Therapeuten/ meine Therapeutin an oder weise mich selbst in eine stationäre psychiatrische Einrichtung ein und bitte um ein unterstützendes Gespräch.

.....

Ort und Datum

.....

Vor- und Nachname (Patient*In)

.....

Unterschrift (Patient*In)