**Vereinbarung für die ambulante Behandlung von:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  | Geb.: |  |
| Adresse: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Grundlage[[1]](#footnote-1): |  |
| Risikoabklärung vom: |  |
| Beginn der Behandlung: |  |
| Durchführende Stelle: |  |
| Verantwortliche Person: |  |

# Informationsgrundlagen

(Vorgeschichte, Ausgangslage, Informationsquellen wie Gerichtsurteil, Gutachten, Risikoabklärung und Fallkonzept/-übersicht, Ergebnisse aus der eigenen Anwendung von RISK-Assessment-Instrumenten etc.)

# Formales Behandlungssetting

## Dauer der Sitzungen, Frequenz, Einzelsitzung, Gruppensitzung, andere

## Methodische Ansätze

## Zusätzliche medikamentöse Behandlung

## Beteiligte Dritte (z. B. Familie, Partner/in, Arbeitgeber etc.)

# Weitere beteiligte Fachpersonen

# Diagnostische Einschätzung für die Behandlung

# Problembereiche für die Behandlung

(deliktrelevante Problembereiche als Grundlage für die ambulante Behandlung; Begründung von Abweichungen gegenüber der Risikoabklärung [sofern eine solche vorliegt]; weitere Bereiche der Behandlung)

# Kriterien, die zur Beurteilung von Fortschritten herangezogen werden

(z.B. Behandlungsmotivation und Problemeinsicht, Übernahme von Verantwortung, Veränderung bei Risikoverhalten, bewältigte Risikosituationen, Bewältigungsstrategien, Risiko-Assessment-Instrumente etc.)

# Gründe für eine Änderung bzw. einen Ab- oder Unterbruch der ambulanten Therapie

# Zusätzliche Abmachungen und Angaben

(z.B. über eine allfällige Unterstützung durch die Bewährungshilfe oder andere Stellen, Kontrollen wie Urinproben, Blutspiegelkontrollen, Haaranalysen u.a.)

# Verpflichtungen

Die durchführende Stelle verpflichtet sich, die Bewährungshilfe St.Gallen

* wenigstens alle vier Monate mit einem Formular zu informieren, ob sich die betroffene Person an die Vereinbarung hält;
* bei deliktrelevanten Vorfällen oder Entwicklungen, bei Missachtung der Vereinbarung oder besonderen Vorkommnissen wie einer Klinik- oder Spitaleinweisung so bald als möglich zu orientieren;
* zu informieren, wenn die Weiterbehandlung als unzweckmässig oder für Dritte gefährlich beurteilt wird.
* Auf Anfrage ist nach Therapieabschluss ein Therapiebericht einzureichen.

Die Behandlungsvereinbarung gelesen und mit dem Inhalt einverstanden:

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum:……………………………………………… | Unterschrift des Klienten:……………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Stempel / Unterschrift Fachperson / Fachstelle:……………………………………………………. |

**🖂 Die Behandlungsvereinbarung bitte retournieren an:**

Amt für Justizvollzug, Bewährungshilfe, Oberer Graben 38, 9001 St.Gallen

T 058 229 36 99, F 058 229 45 20

**🗁 Word Vorlage steht zum Download bereit unter:**

 http://www.bewaehrungshilfe.sg.ch – Rubrik Download

1. Urteil, Verfügung nennen, worauf sich der Behandlungsauftrag stützt [↑](#footnote-ref-1)