

**Muster-Patientenerklärung**  
**zur Dokumentation von Seelsorgekontakten**  
**(Stand November 2010)**

Sehr geehrte(r) (Name des Patienten, wird von Hand eingetragen)

Vielleicht machen gravierende körperliche Beschwerden Ihre heutige Aufnahme auf der Station ..... notwendig. Möglicherweise sind es aber auch die häusliche Belastung Ihrer Angehörigen, Ängste oder seelische Nöte, die sie zu uns führen.

In der ganzheitlich ausgerichteten Konzeption von Palliativtherapie stehen „die vier Säulen“ des menschlichen Lebens – die physische, psychische, soziale und spirituell-seelsorgliche Dimension, – gleichwertig nebeneinander und sind wichtige Bestandteile unseres „helfenden Handelns“. So gehören spirituell-seelsorgliche Gespräche und spirituelle Begleitung im Sinne einer ganzheitlich orientierten Medizin und Pflege ganz selbstverständlich zu unserem Behandlungskonzept. Wir sind sehr dankbar, dass dem Behandlungsteam der Station .....auch ein/e Seelsorger/in der Evangelischen Kirche in Hessen Nassau angehört.

Seelsorgerinnen und Seelsorger unterliegen der seelsorgerlichen Schweigepflicht. Sie können darauf vertrauen, dass Inhalte Ihrer Gespräche ohne Ihren Willen Dritten nicht bekannt gemacht werden. Diese Verpflichtung besteht selbstverständlich auch dann weiter, wenn Sie Ihren Aufenthalt bei uns beendet haben.

Aus organisatorischen Gründen möchten wir Sie bitten, der Dokumentation von Anzahl und Dauer der Besuche der Pfarrerin/des Pfarrers zuzustimmen. Selbstverständlich können Sie Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

Gerne stehen wir auch für eventuelle Rückfragen zu Ihrer Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen und guten Wünschen verbleiben wir, stellvertretend für das gesamte Team,

.....

- Ich wünsche die Betreuung durch die Seelsorge der Station ..... . Mit einer Dokumentation von Anzahl und Dauer der seelsorgerlichen Kontakte bin ich **einverstanden**.
- Ich wünsche die Betreuung durch die Seelsorge der Station ..... . Mit einer Dokumentation von Anzahl und Dauer der seelsorgerlichen Kontakte bin ich **nicht einverstanden**.
- Ich wünsche derzeit keinen Kontakt zur Seelsorge der Station .....

Datum, Unterschrift Patientin/Patient/Personensorgeberechtigte/r

.....