

Ärztliches Zeugnis zur Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen

Herr/Frau

geboren am

wohnhaft

leidet nach dem Ergebnis meiner Untersuchung vom

an folgenden psychischen Krankheiten und körperlichen Behinderungen:

[Bitte Diagnosen und Hauptsymptome angeben]

Aus ärztlicher Sicht sind zum Wohle des/der Betroffenen

folgende freiheitsentziehenden Maßnahmen notwendig:

Anbringen mechanischer Vorrichtungen in Form

eines Bettgitters

eines Feststelltisches

eines Leibgurtes

.....

Gabe sedierender Medikamente mit dem Wirkstoff

..... in einer Dosis von

Sonstige Maßnahmen in Form von

.....

.....

Ohne diese Maßnahmen bestünde auf Grund der Krankheit bzw. der Behinderung die Gefahr, dass der/die Betroffene

- sich selbst tötet.
 sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt durch:

Zur Abwendung dieser Gefahr sind die Maßnahmen notwendig:

- vorübergehend in einen Zeitraum von Tagen - Wochen
 regelmäßig nur zur Nachtzeit.
 nachts und tagsüber zu den Zeiten der Bettruhe.
 ganztägig ohne Unterbrechung.

Stimmt der/die Betroffene den vorgeschlagenen Maßnahmen zu?

- Ja Nein Er/Sie kann sich nicht dazu nicht äußern.

Er/Sie kann den Inhalt und die Tragweite der Erklärung

- erfassen. nicht erfassen.

Würde der/die Betroffene sich ohne die Maßnahmen noch selbst fortbewegen können oder es versuchen?

- Ja Nein Nicht beurteilbar

Mit dem Wegfall der Notwendigkeit der Maßnahmen ist

- in absehbarer Zeit nicht zu rechnen.
 in einem Zeitraum von zu rechnen (Höchstfrist beträgt 24 Monate).

Aussteller(in) dieses Zeugnisses ist: [Bitte Angaben in Druckbuchstaben oder mit Stempel]

Name, ggf. Titel:

Vorname:

Arzt/Ärztin für:

ggf. Klinik:

Anschrift:

.....

(Ort und Datum)

(Unterschrift)