

Ärztliches Zeugnis zur Notwendigkeit einer freiheitsentziehenden Maßnahme

betreffend **Herrn/Frau**

geboren am:

wohnhaft

1. Leidet d. Betroffene an einer **psychischen Krankheiten oder geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderungen**: (Bitte Diagnose und, wenn möglich, Symptome angeben!)

2. Ist deswegen aus ärztlicher Sicht zum Wohle des/der Betroffenen die **folgende freiheitsentziehende Maßnahme notwendig**?

- Anbringen eines Bettgitters
- Anbringen eines Therapietisches am Rollstuhl
- Fixierung mit einem Bauchgurt im Bett
- Fixierung mit einem Bauchgurt im Rollstuhl
-

3. Ist es bereits zu **Selbstverletzungen** des Betroffenen gekommen?

- Nein Mir nicht bekannt.
- Ja, nämlich

4. Ist die beabsichtigte Maßnahme erforderlich und geeignet, die **Gefahr** der Selbstverletzung **abzuwenden** oder wesentlich zu **verringern**?

- Ja Nein

5. Gibt es **weniger einschneidende** Hilfsmöglichkeiten?

- Nein
- Ja, nämlich

6. Geht von der beabsichtigten Maßnahme eine Gefahr für den/die Betroffene aus (z. B. wegen möglicher Gegenwehr oder wegen Verletzungsgefahr)?
 Nein
 Ja, weil
7. **Ohne** die beabsichtigte **Maßnahme** bestünde
 die Gefahr, dass der/die Betroffene sich selbst tötet.
 die Gefahr, dass der/die Betroffene sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt durch
8. Die freiheitsentziehende Maßnahme ist notwendig
 nur vorübergehend für einen Zeitraum von _____ Tagen Wochen.
 regelmäßig
 nur zur Nachtzeit. nachts und tagsüber zu den Zeiten der Bettruhe.
 ganztägig ohne Unterbrechung.
9. Kann d. Betroffene trotz der psychischen Krankheit bzw. geistigen oder seelischen Behinderung einen freien Willen im Hinblick auf die unterbringungsähnlichen Maßnahme bilden und die Notwendigkeit der Maßnahme **einsehen**? Kann der Betroffene über die Maßnahme noch **selbst entscheiden**? Ja Nein
10. Kann d. Betroffene laufen oder sich auf andere Art **fortbewegen**?
 Ja Nein
11. Kann der Betroffene sich **willensgesteuert** fortbewegen? Ja Nein
12. Würde d. Betroffene ohne die Maßnahme **versuchen**, sich fortzubewegen?
 Ja Nein
13. Für welchen Zeitraum innerhalb eines Rahmens bis zu 2 Jahren wird die Maßnahme voraussichtlich erforderlich sein?
Für _____ Wochen Monate Jahre

Der/Die Betroffene ist seit _____ in meiner Behandlung und wurde zuletzt am/vor _____ untersucht.

Aussteller dieses Zeugnisses ist

(Ort und Datum)

(Unterschrift)