

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)