

Ärztliche Stellungnahme zu freiheitsentziehenden Maßnahmen

für Herrn/Frau _____, geb. _____

Sollte das Formblatt zur Beantwortung der Fragen nicht ausreichen, bitten wir Sie um die Beilage eines Extrablattes.

Welche psychische Krankheit oder körperliche, geistige oder seelische Behinderung liegt bei der/dem Betroffenen vor?

- senile Demenz vom Alzheimer Typ vasculärer Genese
- hirnorganisches Psychosyndrom Pseudodemenz
- Parkinson Multiple Sklerose Chorea Huntington
- depressive Störung Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis Schizophrenie
- Zustand nach Schlaganfall Synkopen Epilepsie
- Herzinsuffizienz Hypertonie Hypotonie
- Osteoporose Zustand nach Oberschenkelhalsbruch Zustand nach Hüft-OP
- Amputation Zustand nach Bruch _____
- Desorientiertheit zeitlich örtlich situativ zur Person
- _____

Welche der folgenden Maßnahme(n) sind notwendig?

- Unterbringung auf geschlossener Station
- Anbringung eines Bettgitters nachts tagsüber bei Bedarf ständig
- Anbringung eines Bauchgurtes im Bett am Stuhl/Rollstuhl
- Anbringung eines Stecktisches/Therapietisches tagsüber bei Bedarf
- Fixierung durch Hand- /Fußfesseln nachts tagsüber bei Bedarf ständig
- Sedierung mit Medikamenten nachts tagsüber bei Bedarf ständig
- _____ (Name des Medikaments)
- Verschließen der Zimmertüre nachts tagsüber bei Bedarf ständig
- Sonstiges: _____ nachts tagsüber bei Bedarf ständig

Diese Maßnahmen sind erforderlich:

- zum Eigenschutz

über einen längeren Zeitraum (mehr als ein Tag)

regelmäßig (z.B.: selbe Zeit, derselbe Anlass)

Dauer: _____ (maximal zwei Jahre)

Folgende Ereignisse haben sich bereits ereignet:

Sturz aus dem Bett/Rollstuhl

Sturz beim Gehen

Verletzung nach Sturz

Patient/in hat Station ohne Orientierung verlassen

Beschädigung von Hilfsmitteln

Sonstiges: _____

Besteht ohne die vorgesehenen Maßnahmen die erhebliche oder konkrete Gefahr,

dass sich der/die Betroffene selbst tötet?

dass sich der/die Betroffene einen erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt?

dass sonst eine Untersuchung, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff nicht vorgenommen werden kann?

Ist Eile bei der anzuwendenden Maßnahme geboten?

ja nein

Worin besteht eine mögliche erhebliche gesundheitliche Schädigung?

erhöhte Sturzgefahr mit der Möglichkeit massiver Verletzungen

aufgrund deutlicher Gangunsicherheit

aufgrund starker körperlicher Einschränkungen (z.B.: hohe Knochenbrüchigkeit, Amputation)

Weglaufgefährdung mit der Gefahr

aufgrund starker Desorientiertet sich nicht zurecht zu finden

im Straßenverkehr verletzt zu werden

Beschädigung von Hilfsmitteln (z.B.: Reißen der PEG-Zuführung oder Zerstörung von Infusionsschläuchen)

starke Unruhezustände, die bedingen, dass der/die Betroffene sich erheblich gesundheitlich schädigt

Ist die Maßnahme zum sinnvollen Schutz des/der Betroffenen notwendig?

ja nein

Ist der/die Betroffene fähig ein angebrachtes Bettgitter zu übersteigen?

ja nein

Ist der/die Betroffene in der Lage ohne fremde Hilfe fortzubewegen?

ja nein

Verleiht der/die Betroffene verbal oder nonverbal seine/ihre Meinung sich bewegen zu wollen Ausdruck?

ja nein

Kann der/die Betroffene krankheitsbedingt seinen/ihren Willen bezüglich der freiheitsentziehenden Maßnahmen frei bilden und seine/ihre Entscheidung von vernünftigen Erwägungen abhängig machen, ohne dass er von außen beeinflusst wird?

ja nein

Ist der/die Betroffene mit der freiheitsentziehenden Maßnahme einverstanden?

ja nein

Kann der/die Betroffene die freiheitsentziehende Wirkung der Maßnahme erkennen?

ja nein

Die gemachten Angaben beziehen sich auf eine persönliche Untersuchung am _____

Ort _____

Datum _____

Unterschrift (Stempel)