

An das
AG Gemünden a. Main zu __ XVII _____ / _____

Ärztliches Zeugnis

für _____

Zweck des Attestes:

Vorlage beim Betreuungsgericht zur Prüfung

der Anordnung einer **unterbringungsähnlichen Maßnahme** (Bettgitter etc.)

Name des ausstellenden Arztes: _____

Der letzte Untersuchungstermin war am _____

D: Betroffene konsultiert mich als Hausarzt / Facharzt seit _____

Es sind in Zukunft folgende unterbringungsähnliche Maßnahmen (weiterhin) erforderlich:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ungeteilte Bettgitter | <input type="checkbox"/> Tisch / Brett am (Roll-) Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Bauchgurt im Bett | <input type="checkbox"/> Fixierung der Hände, Füße |
| <input type="checkbox"/> (Oberkörper-) Gurt am (Roll-) Stuhl | <input type="checkbox"/> |

D. Betroffene leidet an einer

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> psychischen Krankheit | <input type="checkbox"/> geistigen Behinderung |
| <input type="checkbox"/> seelischen Behinderung | |

Bei der Krankheit / Behinderung handelt es sich um

- eine demenzielle Erkrankung Zustand nach Schlaganfall
 ein hirngorganisches Psychosyndrom

D. Betroffene hat noch andere Erkrankungen, die ein erhöhtes Sturzrisiko zur Folge haben:

- Herz- Kreislauf- Erkrankungen Wahrnehmungsstörungen
(Sehschwäche, Schwerhörigkeit etc.)
 Erkrankungen am Bewegungsapparat
(Z. n. Oberschenkelhalsbruch, Osteoporose etc.)

Folgendes hat sich bereits ereignet:

- Sturz aus Bett / Rollstuhl ; in ____ / _____ mit Verletzungen
 Sturz beim Gehen; in ____ / _____ mit Verletzungen

Beim Betroffenen geschieht die Fortbewegung nur noch zufällig (z. B. durch unruhebedingtes Umherrutschen im Bett; durch schwächebedingtes Herausrutschen aus dem Rollstuhl etc.)

- ja nein

D. Betroffene ist nicht mehr in der Lage, sich ohne fremde Hilfe fortzubewegen (z. B. wegen Amputation etc.):

- ja nein

D. Betroffene ist nicht mehr in der Lage, zum Ausdruck zu bringen, dass er/sie sich bewegen will:

- ja nein

D. Betroffene kann den Sinn der oben anregten unterbringungsähnlichen Maßnahmen **nicht mehr verstehen** und in die Maßnahmen auch **nicht (mehr) einwilligen**:

ja

nein

Die unterbringungsähnlichen Maßnahmen sind erforderlich wegen

hohem Verletzungsrisiko bei Sturzgefahr

hohem Verletzungsrisiko bei psychomotorischer Unruhe

aggressivem Verhalten, durch das sich d. Betroffene selbst gefährdet

Die beantragten unterbringungsähnlichen Maßnahmen sind voraussichtlich **mindestens in den nächsten 2 Jahren** erforderlich:

ja

nein

Datum

Arzt (Stempel)