

# 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.

14. Der/Die Betroffene ist

- seit \_\_\_\_\_ in meiner Behandlung
- wurde (zuletzt) am/vor \_\_\_\_\_ untersucht.

**Aussteller dieses Zeugnisses ist**

(Ort und Datum)

(Unterschrift)