

# Ärztliches Zeugnis

über das Vorliegen der Voraussetzungen für die Vornahme einer Freiheitsbeschränkung nach dem Heimaufenthaltsgesetz

1. Name des anordnenden Arztes:

2. Fachgebiet:

2. Datum und Uhrzeit der medizinischen Untersuchung des Bewohners:

3. Umfeld des Bewohners erhoben durch Gespräche mit

	ja	Namen
Leitungspersonen		
Betreuungspersonal		
Angehörigen		
sonstige ...		

4. Krankengeschichte/Pflegedokumentation eingesehen:

5. Grund für die Vornahme einer Freiheitsbeschränkung:

	ja	Medizinische Diagnose
Bewohner ist psychisch krank		
Bewohner ist geistig behindert		

	ja	Worin besteht sie?
Ernstliche und erhebliche Selbstgefährdung		
Ernstliche und erhebliche Fremdgefährdung		

	ja	Kurze Begründung
Zur Abwehr der Gefahr unerlässlich und geeignet sowie in ihrer Dauer und Intensität angemessen.		
Die Gefahr kann nicht durch andere Maßnahmen abgewendet werden.		

**6. Art der Freiheitsbeschränkung:**

**Hindern am Verlassen eines Bereichs mittels:**

Überwachungssystem und Zurückholen  
 Bauliche, strukturelle Maßnahmen (Labyrinth, Drehknopf, Codierung)  
 Verschlussene Tür  
 Sonstiges

**Hindern am Aussteigen aus dem Rollstuhl mittels:**

Gurten  
 Tisch  
 Therapietisch  
 Sonstiges

**Hindern am Aufstehen von einer Sitzgelegenheit mittels:**

Gurten  
 Tisch  
 Serviertisch  
 Sonstiges

**Hindern am Verlassen des Betts:**

Steckgitter  
Gurten  
Netzbett  
Sonstiges

**Medikamentöse Freiheitsbeschränkung:**

Medikation (Bezeichnung/Dosierung)

**Sonstige Freiheitsbeschränkung:**

--

**7. Beginn der Freiheitsbeschränkung:**

Datum/Uhrzeit:

**8. Voraussichtliche Dauer:**

< 24 Stunden  
> 24 Stunden wiederholt  
1- 7 Tage  
8 Tage bis 6 Monate  
> 6 Monate


**9. Datum und Unterschrift/Stempel des Arztes:**

--