

Meldung über die Vornahme Aufhebung einer Freiheitsbeschränkung/einschränkung

Gemäß HeimAufG Verlängerung einer gerichtlich zulässig erklärten Freiheitsbeschränkung nach Ablauf der Frist

BewohnerIn/PatientIn/KlientIn: weibl. männl. Titel

Grid for address information

Nachname

Vorname(n)

Geburtsdatum

Tag-Monat-Jahr: zB 15 01 1960

Grid for facility information

Einrichtung

Grid for pavilion/department information

Pavillon/Abteilung/Station/Wohnung

Grid for postal code and location

Postleitzahl

Ort

Beginn Datum: Voraussichtliche Dauer Unter 48 Stunden Über 48 Stunden oder wiederholt

Ende Datum: Aufhebungsgrund: Einsatz von Alternativen Wegfall der Gefährdung innerhalb der Einrichtung übersiedelt/verlegt entlassen/verzogen sonstiger Aufhebungsgrund verstorben

Zustimmung der einsichts- und urteilsfähigen BewohnerIn/PatientIn/KlientIn (Freiheitseinschränkung)

- Psychische Erkrankung Selbstgefährdung
 Geistige Behinderung Fremdgefährdung

Psychische Erkrankung/geistige Behinderung

Ärztliches Gutachten, ärztliches Zeugnis, sonstige ärztliche Aufzeichnung bezüglich Diagnose und Gefährdung

Verhalten der betroffenen Person, Gefährdung, versuchte Alternativen, Situationsbeschreibung, sonstige Informationen:

Art der Freiheitsbeschränkung/Freiheitseinschränkung

durch Medikamente Einzelfallmedikation Dauermedikation

Indikation, Name und Dosierung des Präparats

Indikation, Name und Dosierung des Präparats

Hindern am Verlassen des Betts: Seitenteile Bauchgurt Elektronische Maßnahme

Hand/Armgurte Fuß/Beingurte Andere Maßnahme

Freitextfeld

Hindern am Verlassen von Sitzgelegenheit/Rollstuhl: Sitzhose Bauchgurt Brustgurt Therapietisch Tisch

Hand/Armgurte Fuß/Beingurte Andere Maßnahme

Freitextfeld

Hindern am Verlassen eines Bereichs: Zurückhalten/Androhung des Zurückhaltens Körperlicher Zugriff/Festhalten

versperrter Bereich Tür/Raumgestaltung, Barriere Desorientiertenfürsorgesystem/Sensor Versperrtes Zimmer

Hindern am Fortbewegen mit dem Rollstuhl (Bremsen, ...) Andere Maßnahme

Freitextfeld

Angeordnet von ÄrztIn DGKS/P Pädagogische/r LeiterIn

Grid for name of ordering person

Nachname der anordnenden Person

Grid for name of ordering person

Nachname der anordnenden Person

Grid for name of facility leader

Nachname Einrichtungsleiter/in

Grid for name of ordering person

Vorname der anordnenden Person

Grid for name of ordering person

Vorname der anordnenden Person

Grid for name of facility leader

Vorname Einrichtungsleiter/in

Unterschrift/Paraphe

Unterschrift/Paraphe

Unterschrift/Paraphe