

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

Nachname _____

Vorname(n) _____

Geburtsdatum

Tag-Monat-Jahr: zB 15 01 1960

Einrichtung

Pavillon/Abteilung/Station/Wohnung

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)

6

Psychische Erkrankung

Geistige Behinderung

Selbstgefährdung

Fremdgefährdung

Psychische Erkrankung/geistige Behinderung

8

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

10

11

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

12

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:

16

Hand/Armgurte

Fuß/Beingurte

Freitextfeld

Hindern am Verlassen von Sitzgelegenheit/Rollstuhl:

17

Hand/Armgurte

Fuß/Beingurte

Freitextfeld

Hindern am Verlassen eines Bereichs:

18

Freitextfeld

Angeordnet von ÄrztIn DGKS/P Pädagogische/r LeiterIn

Nachname der anordnenden Person

Nachname der anordnenden Person

Nachname Einrichtungsleiter/in

Vorname der anordnenden Person

Vorname der anordnenden Person

Vorname Einrichtungsleiter/in

19

Unterschrift/Paraphe

Unterschrift/Paraphe

20

Unterschrift/Paraphe