

Dokumentation/ Meldung über die **Vornahme einer Freiheitsbeschränkung**
 Aufhebung einer Freiheitsbeschränkung
 gemäß Heimaufenthaltsgesetz **Verlängerung einer Freiheitsbeschränkung gem § 19 HeimAufG**

Patient/in: Bitte in Blockschrift ausfüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen

Nachname Titel weiblich männlich

Vorname(n) Geburtsdatum (Tag-Monat-Jahr)

Einrichtung (Name, Ort) Postleitzahl Station /Zi Nr.

Beginn der Freiheitsbeschränkung

Datum (Tag-Monat-Jahr)

Uhrzeit

Aufhebung

am: Datum (Tag-Monat-Jahr) Uhrzeit

Grund: verstorben entlassen Wegfall Gefährdung
 schonendere Maßnahme:

voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung

weniger als 48 Stunden 8 Tage bis 6 Monate
 3 bis 7 Tage mehr als 6 Monate
 täglich wiederholt fallweise

Zeitangaben:

Art der Freiheitsbeschränkung

Hindern am Verlassen eines Bereichs mittels

Elektronisches Überwachungssystem und Zurückhalten
 Zurückhalten des / der Patient/in

Sonstiges / nähere Angaben:

Grund der Freiheitsbeschränkung

Psychische Krankheit Geistige Behinderung

medizinische Diagnose ICD-10 (optional)

medizinische Diagnose der psychischen Krankheit bzw. geistigen Behinderung:

Hindern am Fortbewegen mit dem Rollstuhl mittels

Bremsen Tisch

Sonstiges / nähere Angaben:

ernstliche und erhebliche Selbstgefährdung
 ernstliche und erhebliche Fremdgefährdung

Beschreibung der Gefährdung:

Hindern am Aufstehen von einer Sitzgelegenheit / Rollstuhl mittels

Sitzgurt/-hose Tisch Therapietisch

Sonstiges / nähere Angaben:

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

bereits versuchte schonendere Maßnahmen:

Hindern am Verlassen des Betts mittels

Seitenteil/en Bauchgurt
 Fußgurt/en Handgurt/en

Sonstiges / nähere Angaben:

Medikamentöse Sedierung

Präparat / Dosierung:

Anordnende/r Arzt / Ärztin: Datum/Uhrzeit der Anordnung

Nachname Vorname Unterschrift

Gemeldet von

Nachname Vorname Unterschrift

Gemeldet an: **Bewohnervertreter/in** gesetzliche/r Vertreter/in selbst gewählte/r Vertreter/in Vertrauensperson

am: Datum (Tag-Monat-Jahr) Uhrzeit