

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

Bewohner/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 / Freiheitseinschränkung

Datum (Tag-Monat-Jahr)

Uhrzeit

Aufhebung am: Datum (Tag-Monat-Jahr) Uhrzeit

Grund: verstorben entlassen Wegfall Gefährdung
 schonendere Maßnahme:

voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung / -einschränkung

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

Zeitangaben:

Art der Freiheitsbeschränkung / -einschränkung

Hindern am Verlassen eines Bereichs mittels

Elektronisches Überwachungssystem und Zurückhalten
 Zurückhalten des / der Bewohner/in
 Verschlussene Zimmertür Verschlussener Bereich

Sonstiges / nähere Angaben:

Zustimmung bei Freiheitseinschränkung (nur bei Einsichts- und Urteilsfähigkeit des/der Bewohner/in)

Begründung unten angeben Unterschrift Bewohner/in

Hindern am Fortbewegen mit dem Rollstuhl mittels

Bremsen Tisch

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 Aufstehen von einer Sitzgelegenheit / Rollstuhl mittels

Sitzgurt/-hose Tisch Therapietisch

Sonstiges / nähere Angaben:

ernstliche und erhebliche Selbstgefährdung
 ernstliche und erhebliche Fremdgefährdung

Beschreibung der Gefährdung / Begründung bei Freiheitseinschränkung:

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*
 1 2 Fußgurt/en* 1 2 Handgurt/en*

Medikamentöse Sedierung*

Präparat / Dosierung:

Ärztliche Bestätigung der Diagnose und Gefährdung (nur bei Freiheitsbeschränkung)

Nachname Arzt / Ärztin Vorname Arzt / Ärztin Datum

*Arzt / Ärztin vorbehalten betraute/r DGKS/P Pädagogische/r Leiter/in

Nachname anordnende Person Vorname anordnende Person Unterschrift anordnende Person

Gemeldet von

Nachname Einrichtungsleiter/in bzw. Vertreter/in Vorname Einrichtungsleiter/in bzw. Vertreter/in Unterschrift Einrichtungsleiter/in (Vertr./in)

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

am: Datum (Tag-Monat-Jahr) Uhrzeit