

**Dokumentation/
Meldung über die**
gemäß HeimAufG

- Vornahme Aufhebung einer Freiheitsbeschränkung/-einschränkung
 Verlängerung einer Freiheitsbeschränkung gem § 19

BewohnerIn/PatientIn/KlientIn:

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Nachname										Titel		<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	
Vorname(n)										Geburtsdatum (Tag-Monat-Jahr: zB 15.01.1960)			
Einrichtung				Postleitzahl		Pavillon/Abteilung/Station/Wohnung							

Beginn

Datum: Uhrzeit:

Voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung

- < 48 Stunden 3 - 7 Tage > 7 Tage > 6 Monate

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

Grund der Freiheitsbeschränkung

- Psychische Krankheit Geistige Behinderung

Medizinische Diagnose:

ICD 10 (optional)

Vorliegen einer ernstlichen und erheblichen

- Selbstgefährdung Fremdgefährdung

Konkrete Beschreibung der Gefährdung:

Angaben zum ärztlichen Dokument gem § 5 Abs 2 HeimAufG

Art des ärztlichen Dokuments:
 Gutachten Zeugnis Sonstige ärztliche Aufzeichnungen

Name d. ausstellenden ÄrztIn:

Datum der Erstellung:

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

Versuchte gelindere Maßnahmen

Nachname Einrichtungsleiter/in

Vorname Einrichtungsleiter/in

Unterschrift/Paraphe

Ende

Datum: Uhrzeit:

Grund: entlassen/
verlegt verstorben Sonstiger
Aufhebungsgrund

Art der Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Hindern am Verlassen eines Bereichs mittels:

- Elektronisches Überwachungssystem und Anordnung des Zurückhaltens
 Androhung/Anordnung des Zurückhaltens
 Verschlossene Tür Codierung Drehknopf

Andere Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Hindern an d. Fortbewegung mit / am Aufstehen aus dem Rollstuhl mittels:

- Gurten Tisch Therapietisch Bremsen
 Sitzhose

Andere Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Hindern am Aufstehen einer Sitzgelegenheit mittels:

- Gurten Tisch Therapietisch Sitzhose

Andere Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Hindern am Verlassen des Betts mittels:

- Seitenteilen Gurten Handmanschetten

Andere Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Durch Medikamente

Medikation (Bezeichnung/Dosierung)

Angeordnet von ÄrztIn DGKS/P Pädagogische/r
LeiterIn

Nachname der anordnenden Person

Vorname der anordnenden Person

Unterschrift/Paraphe

Nachname der anordnenden Person

Vorname der anordnenden Person

Unterschrift/Paraphe

gesendet an: Bewohnervertretung Vertrauensperson
 gesetzliche/r VertreterIn selbst gewählte/r VertreterIn