

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)

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

1 2 Hand/Armgurte

1 2 Fuß/Beingurte

Andere Maßnahme

Freitextfeld

Hindern am Verlassen von Sitzgelegenheit/Rollstuhl:

Sitzhose

Bauchgurt

Brustgurt

Therapietisch

Tisch

1 2 Hand/Armgurte

1 2 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

Nachname der anordnenden Person

Vorname der anordnenden Person

Unterschrift/Paraphe

Nachname der anordnenden Person

Vorname der anordnenden Person

Unterschrift/Paraphe

Nachname Einrichtungsleiter/in

Vorname Einrichtungsleiter/in

Unterschrift/Paraphe