Dokumentation/ Meldung über die

gemäß HeimAufG

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

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

BewohnerIn/PatientIn/KlientIn:

Nachname | Titel | ☐ weibl. ☐ 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