|  |
| --- |
| **Ärztliches Zeugnis zur Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Arztes**  |  |
| **Fall-verantwortliche/r:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Kindes:** |  |
| **Vorname des Kindes:** |  |
| **Geschlecht/ Geburtsdatum:** | □ männlich □ weiblich Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Wohnhaft bei:**  | □ beiden Eltern □ Vater □ Mutter □ Sonstige Person/en:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Sorgerecht:**  |  |

**Ergebnis der Untersuchung:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum der Untersuchung:** |  |
| **Festgestellte Diagnosen:**[Bitte alle Haupt- und Nebendiagnosen angeben] |  |

**Erforderliche freiheitsentziehende Maßnahme/n:**

|  |
| --- |
| **Mechanische Vorrichtungen**  |
| □ Verschluss des Zimmers□ Bettgitter□ Feststelltisch□ Leibgurt□ Sonstige Verhinderung Verlassen d Aufenthaltsortes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Dauer:** □ nur selten, unregelmäßig und kurzfristig (an weniger als 3 nacheinander folgenden Tagen)□ regelmäßig notwendig - auf Dauer - täglich oder in Abständen von: \_\_\_\_\_\_\_\_□ sonstige Angaben |

|  |
| --- |
| **Medikamente** |
| **Genaue Bezeichnung** (Wirkstoff/Darreichungsform / Dosis etc.): **Dauer:** □ nur selten, unregelmäßig und kurzfristig (an weniger als 3 nacheinander folgenden Tagen)□ regelmäßig notwendig - auf Dauer - täglich oder in Abständen von: \_\_\_\_\_\_\_\_□ sonstige Angaben**Therapeutisches Ziel:**  |

|  |
| --- |
| **Angaben zum Fortbewegungswillen** |
| **Stimmt der/die Betroffene den vorgeschlagenen Maßnahmen zu?**□ Ja□ Nein□ Er/Sie kann sich nicht dazu äußern**Er/Sie kann den Inhalt und die Tragweite der Erklärung**□ Erfassen□ Nicht erfassen**Ohne diese Maßnahmen bestünde auf Grund der Krankheit bzw. der Behinderung die Gefahr, dass der/die Betroffene**□ sich selbst tötet.□ sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt durch: .......................................□ Die o.a. Maßnahme hindert d. Betroffenen seinen/ihren natürlichen Fortbewegungswillen zu betätigen, auch wenn sich dieser Wille nur durch (erfolglose) Versuche des Aufstehens, Gehens, Kriechens oder Robbens zeigen sollte.**ODER**□ Betroffene ist nicht in der Lage, sich selbständig fortzubewegen, weil er/sie□ Sich im Koma oder einem vergleichbaren Zustand befindet□ Krankheitsbedingt zur freien Willensbildung nicht in der Lage ist□ Krankheitsbedingt bewegungsunfähig ist. Er/Sie kann weder allein aufstehen, noch gehen, nicht einmal kriechen oder robben.**Mit dem Wegfall der Notwendigkeit der Maßnahmen ist**□ in absehbarer Zeit nicht zu rechnen.□ in einem Zeitraum von .................................. zu rechnen (Höchstfrist beträgt 24 Monate).**Die Maßnahme/n sind erforderlich zur Sicherung des Kindeswohls und anders nicht****abwendbar, weil:** |

**Ausstellende/r Arzt/Ärztin:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Institution:** |  |
| **Name, Vorname (ggf. Titel):** |  |
| **Arzt/Ärztin für:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ort und Datum**  |  | **Unterschrift ausstellender Arzt** |