

**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: <input type="checkbox"/> Gutachten <input type="checkbox"/> Zeugnis <input type="checkbox"/> 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