|  |
| --- |
| **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** |