

**Ärztliches Zeugnis  
zur Vorlage beim Betreuungsgericht**

Für \_\_\_\_\_,  
geboren am \_\_\_\_\_  
wohnhaft/aufhältlich: \_\_\_\_\_

halte ich den Einsatz von Sicherungsmittel, die mit Freiheitsentziehung verbunden sind, für erforderlich.

Die Betroffene befindet sich in meiner ärztlichen Behandlung seit dem: \_\_\_\_\_

Die Betroffene habe ich zuletzt untersucht am: \_\_\_\_\_

**Diagnose:**

---

---

---

Aufgrund dieser Krankheit/Behinderung besteht für die Betroffene die Gefahr, sich selbst erheblichen gesundheitlichen Schaden zuzufügen, weil sie

- infolge ihrer körperlichen Gebrechlichkeit stürzt und sich verletzt.
- sich im Zustand der Verwirrtheit durch unvorhersehbares selbstgefährdendes Verhalten verletzt.
- durch nicht willensgesteuerte Bewegungen aus dem Bett oder vom Sitzplatz fällt und sich dabei verletzt.

Diese Einschätzung beruht auf folgenden Vorfällen/Umständen:

---

---

**Notwendigkeit der Maßnahme/n:**

*(Beispiel für mildere einsetzbare Mittel: Niedrigflurbett, Fallschutzmatte, Sensormatte, Hüftprotektoren, geteiltes bzw. halbes Bettgitter, Pflegedecke etc.)*

Weniger eingeschränkte Möglichkeiten, dieser Gefahr zu begegnen, sind auch nach Beratung mit dem Betreuer/der Betreuerin/dem Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten sowie nach Beratung mit dem Pflegepersonal nicht zu finden bzw. nicht ausreichend weil,

---

---

---

---

Aus medizinischer Sicht halte ich zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden folgende Maßnahme/n für erforderlich:

<input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> während der Bettruhezeiten <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Bauchgurt (im Bett) <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> während der Bettruhezeiten <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Im Rollstuhl/Stuhl/Sessel: <input type="checkbox"/> Gurt/Therapietisch <input type="checkbox"/> Sitzhose <input type="checkbox"/> _____  <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> während der Bettruhezeiten	<input type="checkbox"/> sonstige Maßnahme/n: <input type="checkbox"/> Unterbringung <input type="checkbox"/> Medikamentöse Einstellung <input type="checkbox"/> _____

Der Patient vermag die Einwilligung in die Verwendung solcher freiheitsbeschränkender Maßnahmen nicht selbst zu geben, weil

- mit ihr keine geordnete Verständigung mehr möglich ist.
- sie die Notwendigkeit krankheitsbedingt nicht immer versteht.
- sie die Notwendigkeit krankheitsbedingt nicht einsieht.
- \_\_\_\_\_

Eine Überprüfung der weiteren Notwendigkeit dieser Maßnahme/n ist frühestens wieder nach \_\_\_\_\_ Monat/en angezeigt.

(Die Genehmigung für freiheitsbeschränkende Maßnahmen darf maximal für 24 Monate erteilt werden.)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel)

Bei Gemeinschaftspraxen: Bitte den Namen des **unterzeichnenden Arztes leserlich dokumentieren!**