

Name:

Vorname:

Geboren:

Folgende Maßnahmen sind zum Wohle des Betroffenen notwendig:

- ☐ das Anbringen von Bettgittern
- ☐ die Fixierung durch Beckengurt im Bett
- ☐ die Fixierung durch Beckengurt im Rollstuhl
- ☐ die Fixierung durch Therapietisch
- ☐ Medikament:

☐ Medikament:

☐ Sonstiges:

Die Maßnahmen sind zum Wohle des Betroffenen erforderlich, da folgende Erkrankungen (Diagnosen) vorliegen

DIAGNOSE:

Ohne die angeordneten Maßnahmen besteht die Gefahr, dass der Betroffene sich oder anderen erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt.

- Bewohner kann sich aus eigener Kraft fortbewegen ja ☐ nein ☐
- Bewohner verfügt über einen freien Willen zur Fortbewegung ja ☐ nein ☐
- Bewohner kann seine Fähigkeiten hinsichtlich Mobilität und die damit verbundenen Risiken sicher einschätzen ja ☐ nein ☐

Es ist zu befürchten, dass sich der Betroffene:

- bei Stürzen nicht unerheblich verletzt ja ☐ nein ☐
- wegen ausgeprägter Unruhezustände erhebliche gesundheitliche Schäden erleidet ja ☐ nein ☐

Wir bitten das zuständige Amtsgericht auf diesem Wege um eine schnellstmögliche Genehmigung der Maßnahme.

Diese Bescheinigung beruht auf einer persönlichen Untersuchung der betroffenen Person.

Ort:

.....

Datum:

.....

Stempel und Unterschrift des Arztes

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	September 2025	Seite 1 von 1