

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.

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort:

Datum:

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