

Hiermit bestätige ich,

Name: Vorname:

geb.:

dass unten aufgeführte Maßnahmen auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin durchgeführt werden.

- das Anbringen von Bettgittern ja nein
 - die Fixierung durch Therapietisch im Rollstuhl ja nein
 - die Fixierung durch Bauchgurt im Rollstuhl ja nein
 - das Abschließen der Zimmertür in der Nacht ja nein
 - das Abschließen der Zimmertür am Tag ja nein
 - keine routinemäßigen nächtlichen Kontakte mit dem Pflegepersonal in der Zeit von bis Uhr ja nein
 - den freiwilligen Einzug in eine/n geschlossene/n Einrichtung / Wohnbereich ja nein

Über eine Ausschöpfung von Alternativen wurde ich ausreichend informiert.

Die oben genannten Maßnahmen sollen auf meinen ausdrücklichen Wunsch bis auf Widerruf durch das Pflegepersonal vorgenommen und respektiert werden.

Ich wurde vor dem Unterschreiben der Einwilligung in Maßnahmen zum Selbstschutz darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit sofortiger Wirkung auch mündlich widerrufen kann.

--

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at john.smith@researchinstitute.org.

Unterschrift Bewohner

Wortlaut.

Bewohner willigt nur mündlich ein

Unterschrift Zeuge 1 Beziehung zum Bewohner

ANSWER The answer is 1000.

Freigabe	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	QMB	2.0	September 2024	Seite 1 von 1