

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.

Ort und Datum

Unterschrift Bewohner

Wortlaut:

Bewohner willigt nur mündlich ein

Unterschrift Zeuge 1, Beziehung zum Bewohner

Unterschrift Zeuge 2, Beziehung zum Bewohner

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