Amtsgericht Überlingen

Bahnhofstr. 8

88662 Überlingen

**Name des Patienten** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**derzeitige Anschrift** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschäftsnummer des Amtsgerichts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bisher keine

**Ärztliches Attest**

Bei d. oben genannten Patienten/Patientin, der/die in meiner ständigen ärztlichen Behandlung steht, sind folgende freiheitsbeschränkenden Maßnahmen erforderlich:

Hochschieben eines Bettgitters  Bauchgurt im Bett

Festhalten auf dem Stuhl (z.B. mittels Gurt oder Therapietisch)

Zimmereinschluss in der Zeit **von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Uhr **bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Uhr täglich

**regelmäßiger** Zimmereinschluss als Time-Out Maßnahme **bis zu** \_\_\_\_\_\_ Minuten im Einzelfall

sonstige Maßnahmen, nämlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D. Betroffene leidet an einer psychischen Erkrankung bzw. seelischen oder geistigen Behinderung, nämlich: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aufgrund dieser Erkrankung/Behinderung sind die genannten freiheitsentziehenden Maßnahmen erforderlich, weil

d. Betroffene aufgrund seiner psychischen Erkrankung bzw. geistigen oder seelischen Behinderung orientierungslos und in unbeaufsichtigten Momenten weglaufgefährdet ist

d. Betroffene aufgrund einer körperlichen Erkrankung/Behinderung erheblich sturzgefährdet ist und gleichzeitig wegen der psychischen Erkrankung bzw. Behinderung die Notwendigkeit der Freiheitsbeschränkung nicht versteht.

aus sonstigen Gründen, weil ansonsten die konkrete Gefahr des Eintritts folgenden **erheblichen gesundheitlichen Schadens** besteht:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt es mildere Mittel als die Freiheitsbeschränkung, um die Gesundheitsgefahr abzuwenden (z.B. Niedrigflurbett, Sturzmatte, geteiltes Bettgitter, Einsatz eines Walkers …)?

ja  nein

Kurze Erläuterung, worauf diese Einschätzung beruht:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist d. Betroffene körperlich in der Lage - zumindest zu versuchen - aus dem Bett/Stuhl aufzustehen, also - zumindest in Ansätzen - einen natürlichen Fortbewegungswillen umzusetzen?

ja  nein

Kann d. Betroffene die Notwendigkeit der Maßnahme verstehen und einsehen?

ja  nein

Wie lange sind die freiheitsentziehenden Maßnahmen voraussichtlich notwendig?

Für die Dauer von ca. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Langfristig, Dauer nicht absehbar

(Unterschrift des Arztes, **bitte daneben in Klarschrift!**)

Anschrift der Praxis:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hinweis:**

**Für die Erstellung eines ärztlichen Attests kann nur ein fester Vergütungssatz von 25,00 EUR beansprucht werden (§ 10 Abs. 1 JVEG).**