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 …)?

[ ]  [ ]  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?

[ ]  [ ]  nein

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

[ ]  [ ]  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).**