

1.20 Muster: Einwilligung in freiheitsentziehende Maßnahmen



Zu meiner eigenen Sicherheit wünsche ich

(Name, Vorname)

(Straße mit Hausnummer)

(Ort)

dass die Mitarbeiter des _____
(Name des Pflegedienstes)

nachfolgende Maßnahmen durchführen:

- Fixieren durch Bauchgurt im Rollstuhl
- Abschließen der Wohnungstür nach Beendigung des Pflegeeinsatzes
- Anbringung eines Bettgitters
 - nach Beendigung jedes Pflegeeinsatzes
 - zur Nacht
- Sonstiges _____

Ich bin über mögliche Risiken und Gefahren bei der Anwendung o.g. Maßnahmen hingewiesen worden. Der Pflegedienst hat sich bereit erklärt, meiner zuvor genannten Bitte zu entsprechen.

Das Einverständnis kann jederzeit von mir gegenüber den Mitarbeitern des Pflegedienstes mündlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift
Pflegebedürftiger

Unterschrift
Mitarbeiter des Pflegedienstes

Verteiler	GF, PDL, QMB, Mitarbeiter			
Bearbeitung	Freigabe	Datum	Änderungsstand	
QMB	GF	TT-MM-JJJJ	1. Entwurf	Seite 1/1