

1.20.7 Formular: Einwilligung in eine freiheitsentziehende Maßnahme / Bestätigung des Hausarztes



Einwilligung in eine freiheitsentziehende Maßnahme

Ich, _____
Vorname

Name

Anschrift

bestimme hiermit, dass zu meinem eigenen Schutz folgende Maßnahme durchgeführt wird:

- Bettgitter am Bett auf einer Seite / beidseitig
- Bauchgurt am Rollstuhl
- Tisch am Therapiestuhl
- Tür abschließen
- _____

Ich möchte, dass diese Maßnahme

- jede Nacht
- während der Mittagsruhe und in der Nacht
- immer wenn ich im Bett liege
- immer wenn ich im Rollstuhl sitze

durchgeführt wird. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich bin darüber informiert worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Außerdem wurde ich über Auswirkungen der freiheitsentziehenden Maßnahmen informiert.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten / Bewohners

Bestätigung des Hausarztes

Als behandelnder Hausarzt bestätige ich, dass mein/e Patient/in die vorstehende Einverständniserklärung freiwillig und orientiert gegeben hat. Die genannten Maßnahmen sind aus medizinischer und pflegerischer Sicht notwendig.

Ort, Datum:

Unterschrift

Stempel

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