

**Ärztliches Zeugnis zur Notwendigkeit  
freiheitsentziehender Maßnahmen**

Herr/Frau, .....  
geboren am: .....,  
wohnhaft, .....

leidet nach dem Ergebnis meiner **Untersuchung vom** ..... an  
folgenden **psychischen Krankheiten und körperlichen Behinderungen**  
[Bitte Diagnosen und Hauptsymptome angeben]:

.....  
.....  
.....  
.....

Aus ärztlicher Sicht sind zum Wohle des/der Betroffenen **folgende  
freiheitsentziehenden Maßnahmen notwendig:**

- Anbringen mechanischer Vorrichtungen in Form
  - eines Bettgitters
  - eines Feststelltisches
  - eines Leibgurtes
  - .....

- Gabe sedierender Medikamente mit dem Wirkstoff  
.....  
in einer Dosis von .....

- Sonstige Maßnahmen in Form von .....

**Ohne diese Maßnahmen** bestünde auf Grund der Krankheit bzw. der Behinderung die Gefahr, dass der/die Betroffene

- sich selbst tötet.
- sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt durch  
.....

**Zur Abwendung dieser Gefahr sind die Maßnahmen notwendig:**

- vorübergehend in einen Zeitraum von ... Tagen - Wochen
- regelmäßig
  - nur zur Nachtzeit.
  - nachts und tagsüber zu den Zeiten der Bettruhe.
  - ganztägig ohne Unterbrechung.

**Stimmt der/die Betroffene den vorgeschlagenen Maßnahmen zu**

- Ja
- Nein
- Er/Sie kann sich nicht dazu nicht äußern.

Er/Sie kann den **Inhalt und die Tragweite der Erklärung**

- erfassen.
- nicht erfassen.

Würde der/die Betroffene sich ohne die Maßnahmen noch **selbst fortbewegen können oder es versuchen?**

- Ja
- Nein
- Nicht beurteilbar.

Mit dem **Wegfall der Notwendigkeit der Maßnahmen** ist

- in absehbarer Zeit nicht zu rechnen.
- in einem Zeitraum von .....zu rechnen.

**Aussteller(in) dieses Zeugnisses ist:**

[Stempel]

.....  
(Ort und Datum)

.....  
(Unterschrift)