

# Ärztliches Zeugnis

Stempel des Arztes

Zutreffendes ist angekreuzt  bzw. ausgefüllt

Name, Vorname, Geburtsdatum, Familienstand

Zweck des Zeugnisses:

Vorlage beim Amtsgericht zur Prüfung

**einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme** (Bettgitter u. a.)

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Gegenwärtiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

Der letzte Untersuchungstermin war am \_\_\_\_\_

**Auf Grund meiner Untersuchung gehe ich von folgender Diagnose aus:**

psychische Erkrankung:

geistige oder seelische Behinderung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es liegt Einwilligungsunfähigkeit vor und ohne die **unterbringungsähnliche Maßnahme** besteht die Gefahr eines erheblichen gesundheitlichen Schadens für den/die Betroffene/n (s.a. beiliegendes Merkblatt!)

Ich rege an, für den/die Betroffene/n folgende **unterbringungsähnliche Maßnahme** für

den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ zu genehmigen:

Bettgitter     Bauchgurt im Rollstuhl/Bett     rein sedierende  
Medikation

\_\_\_\_\_

Dies ergibt sich aus folgenden Feststellungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eine Verständigung ist mit der/dem Betroffenen möglich  nicht möglich

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_  
(bitte deutlich lesbar oder Namensstempel)