

Meldung Freiheitseinschränkende Massnahmen:

Erfassung von Massnahmen, welche die Bewegungsfreiheit einschränken:
(Einschliessen im Zimmer, Fixierung, Zwangsmedikation etc.)

BewohnerIn	Name:	Vorname:
Wohnhaus	Bezugsperson:	

**Freiheitseinschränkende Massnahmen sind monatlich an die Geschäftsstelle weiter zu leiten:
Fax 061 260 93 39**

Datum, Uhrzeit, Dauer	Art der Massnahme	Begründung der Massnahme	Visum

Im Einverständnis mit Hausarzt Facharzt Gesetzl. Vertreter weitere Angehörige

--	--	--	--

Im Einverständnis mit Hausarzt Facharzt Gesetzl. Vertreter weitere Angehörige

--	--	--	--

Im Einverständnis mit Hausarzt Facharzt Gesetzl. Vertreter weitere Angehörige

Die Evaluation der Freiheitseinschränkenden Massnahmen erfolgt in den bestehenden Gefässen in Zusammenarbeit mit dem FD G.

Weitere Unterstützung notwendig? Ja Nein
Empfehlung Meldung an Aufsichtsbehörde: Ja Nein

Visum FD G	Datum:	Visum:		
------------	--------	--------	--	--

Entscheid Meldung an Aufsichtsbehörde: Ja Nein

Visum GLr	Datum:	Visum:		
-----------	--------	--------	--	--

Ablage im WH: solange Massnahmen aktuell im Kardex unter ergänzende Dokumente; dann im BW-Ordner (Original) unter Rubrik 6 Amtliches

Ablage Geschäftsstelle: Faxausdruck