

# Dokumentation Einwilligungsfähigkeit/Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen bei Selbst- oder Fremdgefährdung

Patient:	
geboren:	

## 1. Ärztliche Aufklärung

- über folgende medizinische Diagnose aufgeklärt:  
\_\_\_\_\_
- über folgende geplante Maßnahmen (Therapie, ...) aufgeklärt:  
\_\_\_\_\_
- über Folgen/Komplikationen bei Nichtbehandlung aufgeklärt:  
\_\_\_\_\_
- weitere vermittelte Inhalte (Behandlungsalternativen, etc.):  
\_\_\_\_\_

## 2. Einwilligungsfähigkeit

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprachverständnis ausreichend
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	P. kann sich verständlich mitteilen
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	relevante Inhalte der Aufklärung können wiedergegeben werden
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorteile/Nachteile des Vorgehens in eigenen Worten benennbar
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Folgen einer Nichtdurchführung der Maßnahme benennbar
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	eigene Entscheidung kann mit Argumenten begründet werden

### Folgende, die Einwilligungsfähigkeit einschränkende Konstellation vorhanden:

<input type="checkbox"/>	(schwere) Demenz
<input type="checkbox"/>	Intoxikation mit
<input type="checkbox"/>	Delir
<input type="checkbox"/>	Alter < 15 Jahre
<input type="checkbox"/>	andere (v.a. psych. Erkrankungen):

## 3. Selbstgefährdung

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	medizinisch-psychiatrische Ursache der Selbstgefährdung vorhanden:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gefährdungsaspekt konkret erkennbar
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nichtbehandlung führt zur Lebensgefahr:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gefahrenabwehr nicht durch andere Maßnahmen möglich (falls doch durch folgende):

*Hinweise: Verhinderung der Chronifizierung einer Krankheit nicht ausreichend (nur n. Betreuungsrecht). Verwahrlosung ist keine Selbstgefährdung. Gefahr für Vermögen (z.B. Zerstörung v. Möbeln, etc.) kein ausreichender Grund für Einweisung.*

## 4. Fremdgefährdung

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	medizinisch-psychiatrische Ursache der Fremdgefährdung vorhanden:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gefährdungsaspekt konkret erkennbar

## 5. Entschluss

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wirksame Einwilligung möglich, da	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ausreichende Aufklärung erfolgt (1.)
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Einwilligungsfähigkeit vorhanden (2.)
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Selbst- oder Fremdgefährdung	

*Hinweis: Eine **Möglichkeit zur Zwangsbehandlung** besteht **nur wenn KEINE Einwilligungsfähigkeit und gleichzeitig Fremd- oder Selbstgefährdung vorhanden ist!***

Ort, Datum

Unterschrift Arzt