

# 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