

Prüfung angewandter freiheitsentziehender oder freiheitsbeschränkender Maßnahmen und Schutzmaßnahmen

Einrichtung: _____

Datum: _____

| Versorgte Person | Maßnahme | | | |
|---|---|--|--|---|
| | <input type="checkbox"/> Bettseitenteile | <input type="checkbox"/> Bauchgurt | <input type="checkbox"/> Therapietisch | |
| | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfixierung | <input type="checkbox"/> Abschließen des Zimmers | <input type="checkbox"/> Abschließen der Wohnung | |
| | <input type="checkbox"/> Trickschlösser | <input type="checkbox"/> schwergängige Türen | <input type="checkbox"/> Wegnahme von Straßenkleidung/ Fortbewegungsmitteln | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Wie ist die Maßnahme legitimiert? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Beschluss gültig bis: | | <input type="checkbox"/> Einwilligung vom: | <input type="checkbox"/> Schutzmaßnahme | |
| <input type="checkbox"/> keine Legitimation | | | | |
| Anmerkungen: | | | | |
| Wenn legitimiert, entspricht die freiheitsentziehende oder freiheitsbeschränkende Maßnahme der Legitimation? | | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Wenn nein, warum nicht? | | | | |
| Hat eine Alternativenprüfung stattgefunden? | | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Wenn ja, kurz beschreiben: | | | | |
| Wie wird bei der Anwendung von freiheitsentziehenden oder freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sichergestellt, dass individuelle Bedürfnisse erkannt und diesen entsprochen wird (zum Beispiel Toilettengang, Unterstützung bei der Getränkeaufnahme)? | | | | |
| Anmerkungen: | | | | |
| bei Beschluss | | | | |
| Werden alle Auflagen des Beschlusses eingehalten? | | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Wenn nein, kurz beschreiben: | | | | |
| Wird die Anwendung der Maßnahme dokumentiert? | | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Enthält die Dokumentation insbesondere folgende Angaben: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Notwendigkeit geprüft | <input type="checkbox"/> Datum | <input type="checkbox"/> Anwendungszeitraum | <input type="checkbox"/> angewandte Maßnahme | <input type="checkbox"/> durchführende Person |
| Besteht eine Vereinbarung zur Umsetzung und Auswertung der freiheitsentziehenden oder freiheitsbeschränkenden Maßnahmen mit dem Betreuer oder Bevollmächtigten? | | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Wenn nein, warum nicht? | | | | |
| Wenn ja, beinhaltet die Vereinbarung folgende Bereiche: | | | | |
| Begründung zur grundsätzlichen Erforderlichkeit der Maßnahme | | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Risikopotentialanalyse bei Anwendung der Maßnahme | | | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Möglichkeiten zur Vermeidung freiheitsentziehender oder freiheitsbeschränkender Maßnahmen/individuell durchgeführte Prüfung von alternativen Maßnahmen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Voraussetzungen für die konkrete Anwendung der Maßnahme | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Planung pädagogischer oder therapeutischer Maßnahmen zur perspektivischen Reduzierung der Erforderlichkeit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Anmerkungen: | | |
| bei Einwilligung | | |
| Wird die Einwilligung durch die versorgte Person bestätigt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wird die versorgte Person vor jeder Anwendung gefragt, ob die Maßnahme gewünscht ist? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Liegt eine schriftliche Dokumentation der Einwilligung vor? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Anmerkungen: | | |
| bei Schutzmaßnahme: | | |
| Ist die Schutzmaßnahme in der Dokumentation nachvollziehbar begründet? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Entspricht die Begründung der Schutzmaßnahme der aufgefundenen Situation bei der versorgten Person? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Anmerkungen: | | |