**Anlage zum K.E. vom 12.12.2024**

**Muster des ausführlichen medizinischen Berichts im Rahmen des Gesetzes vom 26. Juni 1990 über den einer Person mit einer psychiatrischen Erkrankung auferlegten Schutz**

Der/Die Unterzeichnete (Name/Vorname):

Arzt mit der LIKIV-Nummer:

erklärt, am / / folgende Person untersucht zu haben:

* Name/Vorname:
* geboren am / /
* wohnhaft in:
* mit Verbleib in:
* sich derzeit aufhaltend in:

Der/Die Unterzeichnete beschreibt folgende Faktoren:

* Umstände der psychiatrischen Untersuchung (Modalitäten der Ankunft und Umstände der Untersuchung, Verhalten der untersuchten Person):

* körperliche Verfassung der untersuchten Person (allgemeiner Gesundheitszustand, Vergiftung usw.):

* familiäre Lage und soziales Umfeld der untersuchten Person:

* psychiatrische Erkrankung (psychiatrische Untersuchung und diagnostische Hypothese) der untersuchten Person:

* Verweigerung angepasster Pflege und, wenn keine Dringlichkeit besteht, Fehlen anderer Behandlungsalternativen (angebotene Pflege, Versuche neueren Datums usw.):

* Inwiefern die untersuchte Person ihre Gesundheit und Sicherheit ernsthaft gefährdet oder eine schwerwiegende Gefahr für das Leben oder die Unversehrtheit Dritter darstellt:

* Dringlichkeitsstufe:

Gemäß dem Gesetz vom 26. Juni 1990 über den einer Person mit einer psychiatrischen Erkrankung auferlegten Schutz erklärt der/die Unterzeichnete, dass angesichts der vorerwähnten Faktoren:

* keine/eine Schutzmaßnahme ergriffen werden sollte (Unzutreffendes bitte streichen). Erklären Sie gegebenenfalls, ob eine schützende Beobachtungsmaßnahme oder eine freiwillige Behandlung unter Bedingungen empfohlen wird, und wenn möglich, unter welchen Bedingungen:

* dringend eine klinische Beurteilung vorgenommen werden sollte - keine klinische Beurteilung vorgenommen werden sollte (Unzutreffendes bitte streichen).

Informationshalber, wenn beschlossen wird, eine Schutzmaßnahme zu ergreifen oder eine klinische Beurteilung vorzunehmen\*:

* erklärt der/die Unterzeichnete, dass die untersuchte Person folgende Bitte geäußert hat (z. B. Vorliebe für eine Einrichtung oder, in Anbetracht früherer Probleme, eine zu vermeidende Einrichtung):

* erklärt der/die Unterzeichnete, dass in folgender Einrichtung ein Platz verfügbar ist:

Der/Die Unterzeichnete erklärt, dass er/sie weder der antragstellende Arzt noch ein mit dem Antragsteller oder der untersuchten Person bis zum vierten Grad verwandter oder verschwägerter Arzt ist.

Erstellt in , am / /

Der/Die Unterzeichnete erklärt auf Ehre, dass vorliegender Bericht richtig und vollständig ist.

Unterschrift und Stempel des Arztes

*\* fakultativ*