

Ärztliche Anordnung zur körperlichen Fixierung

Station/Abteilung:

Patientendaten
Name
Vorname
Geburtsdatum

Aufklärung und Zustimmung des Patienten oder Vormundes vom

Aktenzeichen und Datum der gerichtlichen Anordnung

1. Grund der Fixierung:

- motorische Unruhe durch
 - Einnahme von Medikamenten
 - Alkoholgenuß
- Verwirrheitszustände mit motorischer Unruhe bei
 - organischer Erkrankung:
 - psychiatrischer Erkrankung:
- andere Gründe:
- zum Schutz liegender Sonden/Katheter/Tubi
 - kurzfristig, z.B. postoperativ
 - längerfristig, z. B. wegen Sedierung oder Somnolenz

2. Art der Fixierung:

- Handmanschetten
- Fußmanschetten
- Brust-/Bauchgurt
- Bettgitter

3. Beginn der Fixierung:

Datum: _____ Uhrzeit: _____

4. Überprüfung, dass die Gründe für die Fixierung andauern:

Datum/Uhrzeit:	Unterschrift des Arztes:	Vermerk:

5. Ende der Fixierung:

Datum: _____ Uhrzeit: _____

6. Die Fixierung erfolgte:

- nach vorheriger ärztlicher Anordnung
- ohne vorherige ärztliche Anordnung unter umgehender Benachrichtigung des zuständigen Arztes und nachgehender ärztlicher Bestätigung der getroffenen Maßnahme

7. Der für die(en) Patientin(en) zuständige Arzt ist:

8. Angehörige/gesetzliche Vertreter verständigt:

- ja Name: _____ Tel.-Nr.: _____ nein

9. Die Fixierung wurde durchgeführt von:

Name _____ Vorname _____ Dienstbezeichnung _____

10. Bemerkungen:

11. Unterschrift des für die(en) Patientin(en) zuständigen Arztes (leserlich)

Hamburg, den _____ Unterschrift _____