Beilage 2.5
zur Sitzung des Werkausschusses (NüSt)
vom 10.05.2007

Fixiermeldung

I. Der Pflegebereich _____ teilt mit, dass

Herr / Frau _____
(Name, Vorname v. Bewohner/in)

☐ am: _____ von: _____ bis: _____ Uhr
Datum Beginn Ende

☐ fixiert
☐ eingeschlossen
☐ medikamentös sediert
werden musste.

Behandelnder Arzt:

_____
Name

_____
Anschrift

_____
Telefonnummer/ Fax

Art der freiheitsentziehenden/-beschränkenden Maßnahme(n):
☐ Anbringung von Bettgittern
☐ Fixierung durch Becken-/Bauch-/Schultergurt/ Stecktisch am Stuhl/ Rollstuhl
(zutreffendes unterstreichen)
☐ Fixierung durch Bauchgurt im Bett
☐ Fixierung von Gliedmaßen zur Sicherung einer liegenden Infusion
☐ Sedierung (nicht bei Heilbehandlung!) durch folgende Medikamente/ Dosierungen:

Medikament:	**Dosierung:**

☐ Sonstige Maßnahmen: _____
(z.B. zusätzliche Hand-/Fußfesseln)

Begründung der oben genannten Maßnahme(n):

_____

_____

_____

_____

Betroffene/r ist für oben beschriebene Maßnahmen :
☐ einwilligungsfähig und stimmt zu (Fall 1)
☐ nicht einwilligungsfähig und nicht fortbewegungsfähig (Fall 2)
☐ nicht einwilligungsfähig **aber** fortbewegungsfähig (Fall 3)

Betreuer/in/Bevollmächtigte/r:
☐ wurde von der Maßnahme informiert
☐ konnte nicht erreicht werden
☐ Kein Betreuer/Bevollm. vorhanden
☐ sonstiges:

_____

_____
Datum und Unterschrift der **Bereichsleitung ggf. Schichtleitung**

II. **PDL (per Fax)** Maßnahme geprüft und ohne Einwände

_____
Datum und Unterschrift PDL

III. **HL (per Fax)** z. w. V

III. HL Fortsetzung

Schreiben an
☐ Amtsgericht
☐ Hausarzt
☐ Betreuer/-in

_____
Datum und Unterschrift HL

WV zur Rücklaufüberwachung Antrag und Attest am _____

Eingang Attest
Kopie Akte und Weiterleitung an AG

_____
Datum und Unterschrift HL

Eingang Antragskopie Betreuer
zum Bewohnerakt

_____
Datum und Unterschrift HL

WV zur Rücklaufüberwachung Gerichtsbeschluss am

_____
Datum und Unterschrift HL

Eingang Gerichtsbeschluss am _____

Prüfung Antrag und Genehmigung inhaltsgleich

_____
Datum und Unterschrift HL

Wiedervorlage Fristablauf _____

IV. Verwaltung

a) Gerichtsbeschluss
Kopie an PDL
Kopie Bereich

_____
Datum und Handzeichen Verw.

b) Vorgang zur Bewohnerakte

NürnbergStift
Pflegezentrum Sebastianspital

Pflegezentrum Sebastianspital, Veilhofstr. 34, 90489 Nürnberg

Amtsgericht Nürnberg
Vormundschaftsgericht
Flaschenhofstr. 35
90402 Nürnberg

NÜRNBERGSTIFT
eine Einrichtung der Stadt Nürnberg

Qualität ist unsere Stärke.

Sprechzeiten:
Mo.-Fr. 8.00 -16.00 Uhr
oder nach Vereinbarung

E-Mail: steffen.kessler
@stadt.nuernberg.de

Straßenbahnlinie 8
Haltestelle Tauroggenstraße
Buslinie 45
Haltestelle Sebastianspital

Sparkasse Nürnberg
BLZ 760 501 01
Konto 4 417 589

Ihr Schreiben	Unser Zeichen	Zimmer	Telefon	Telefax	Datum
	NüSt/AHS/L	H.1, Zi.39	231-6760	231-6735	20.04.2007

Anzeige des Einsatzes von freiheitsentziehenden/-beschränkenden Maßnahmen
#NV

Sehr geehrte Damen und Herren,

#NV
#NV

Betreuung oder Bevollmächtigung liegt nicht vor.

Bekannte Bezugspersonen:
Uns sind keine Bezugspersonen bekannt.

Wir zeigen hiermit den Einsatz folgender freiheitsentziehender/-beschränkender Maßnahmen an:

- ☐ Anbringung von Bettgittern
- ☐ Fixierung durch Beckengurt/Stecktisch am Stuhl/Rollstuhl
- ☐ Fixierung durch Gurte im Bett
- ☐ Fixierung von Gliedmaßen zur Sicherung einer liegenden Infusion
- ☐ Sedierung durch Medikamente gemäß ärztlicher Anordnung
- ☐ _____

#NV

Behandelnder Arzt:
Ist noch nicht bekannt.
Ein Attest konnte noch nicht angefordert werden.

Wir bitten das zuständige Amtsgericht auf diesem Wege um eine schnellstmögliche Beurteilung der Maßnahmen.

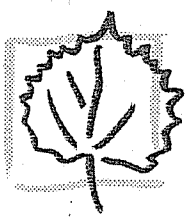
Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Keßler
Heimleiter

NürnbergStift
Pflegezentrum Sebastianspital

Pflegezentrum Sebastianspital, Veilhofstr. 34, 90489 Nürnberg

Fehlt !!!
Fehlt !!! Fehlt !!!
Fehlt !!!
Fehlt !!! Fehlt !!!



NÜRNBERGSTIFT
eine Einrichtung der Stadt Nürnberg

Qualität ist unsere Stärke.

Sprechzeiten:
Mo.-Fr. 8.00 -16.00 Uhr
oder nach Vereinbarung

E-Mail: steffen.kessler
@stadt.nuernberg.de

Straßenbahnlinie 8
Haltestelle Tauroggenstraße
Buslinie 45
Haltestelle Sebastianspital

Sparkasse Nürnberg
BLZ 760 501 01
Konto 4 417 589

Ihr Schreiben	Unser Zeichen	Zimmer	Telefon	Telefax	Datum
	NüSt/AHS/L	H.1, Zi.39	231-6760	231-6735	20.04.2007

Anforderung eines Attests zur Vorlage beim Vormundschaftsgericht

#NV

Dr. Fehlt !!!,

#NV
zur Vorlage beim Vormundschaftsgericht.

#NV
#NV

Art der Maßnahmen:

- ☐ Anbringung von Bettgittern
- ☐ Fixierung durch Beckengurt/Stecktisch am Stuhl/Rollstuhl
- ☐ Fixierung durch Gurte im Bett
- ☐ Fixierung von Gliedmaßen zur Sicherung einer liegenden Infusion
- ☐ Sedierung durch Medikamente gemäß ärztlicher Anordnung
- ☐ _____

#NV

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Keßler
Heimleiter



NürnbergStift
Pflegezentrum Sebastianspital

Pflegezentrum Sebastianspital, Veilhofstr. 34, 90489 Nürnberg

NÜRNBERGSTIFT
eine Einrichtung der Stadt Nürnberg

Qualität ist unsere Stärke.

Sprechzeiten:
Mo.-Fr. 8.00 -16.00 Uhr
oder nach Vereinbarung

E-Mail: steffen.kessler
@stadt.nuernberg.de

Straßenbahnlinie 8
Haltestelle Tauroggenstraße
Buslinie 45
Haltestelle Sebastianspital

Sparkasse Nürnberg
BLZ 760 501 01
Konto 4 417 589

Ihr Schreiben	Unser Zeichen	Zimmer	Telefon	Telefax	Datum
	NüSt/AHS/L	H.1, Zi.39	231-6760	231-6735	20.04.2007

Information über die Notwendigkeit freiheitsentziehender/-beschränkender Maßnahmen

#NV

#NV

#NV

freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich.

Dem liegt folgende Entwicklung des Gesundheitszustandes zugrunde:

Zur Vermeidung einer Selbstschädigung sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- ☐ Anbringung von Bettgittern
- ☐ Fixierung durch Beckengurt/Stecktisch am Stuhl/Rollstuhl
- ☐ Fixierung durch Gurte im Bett
- ☐ Fixierung von Gliedmaßen zur Sicherung einer liegenden Infusion
- ☐ Sedierung durch Medikamente gemäß ärztlicher Anordnung
- ☐ _____

#NV

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nur mit vormundschaftsgerichtlicher Genehmigung zulässig. Wir bitten Sie daher, die freiheitsentziehenden Maßnahmen beim Vormundschaftsgericht zu beantragen und uns einen Abdruck des Schreibens zu übersenden.
Dies bezieht sich auch auf die/den Bevollmächtigte/n, deren/dessen Vollmacht den Bereich der freiheitsentziehenden Maßnahmen ausdrücklich umfaßt.
Wir möchten Sie hiermit über die Anzeige einer freiheitsentziehenden Maßnahme unsererseits beim zuständigen Amtsgericht informieren.
Ein ärztliches Attest konnte noch nicht angefordert werden, da noch kein behandelnder Arzt bekannt ist.
Sollten Sie mit oben genannten Maßnahmen nicht einverstanden sein, bitten wir Sie, sich unverzüglich schriftlich mit uns in Verbindung zu setzen.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Keßler
Heimleiter