**Zwangsmassnahme und/oder Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit – Anwendungsprotokoll**

(Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999, Art. 53, 54, 55 und Zivilgesetzbuch, Art. 383, 384, 385)

**Begriffe**

***Zwangsmassnahme:*** *Alle Eingriffe, die gegen den erklärten Willen oder gegen Widerstand eines Menschen – oder bei Kommunikationsunfähigkeit gegen den mutmasslichen Willen – erfolgen (Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW, 2005, Art. 3.1.).*

***Massnahme******zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit:*** *Jede Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit einer* ***urteilsunfähigen Person*** *(Art. 384 du Zivilgesetzbuch)*

1. Name, Vorname und Geburtsdatum Bewohnerin/Bewohner: Bitte hier klicken, um den Text einzugeben.
2. Name der befragten Personen, Funktion (therapeutische Vertretung, Angehörige/r, Beiständin/Beistand, Ärztin/Arzt usw.) und Datum: Bitte hier klicken, um den Text einzugeben
3. Begründung der Notwendigkeit der Anwendung einer Zwangsmassnahme und/oder Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit *(Einschränkung der Handlungs- und/oder Bewegungsfreiheit, Entziehungsmassnahme)*: Bitte hier klicken, um den Text einzugeben
4. Ziel (*beschrieben als beobachtbares, evaluierbares Verhalten, Bedingungen und Frist*):

Bitte hier klicken, um den Text einzugeben

1. Beschreibung der Massnahme und der Anwendungsbedingungen *(Art der Massnahme, Dauer, Tageszeit)*:

Bitte hier klicken, um den Text einzugeben

1. Ausgleichs- oder Begleitmassnahmen:

Bitte hier klicken, um den Text einzugeben

Entscheid getroffen durch: diplomierte Pflegefachperson

Name, Vorname und Unterschrift: Bitte hier klicken, um den Text einzugeben

Inkrafttreten der Massnahme: Bitte hier klicken, um das Datum einzugeben

Datum oder Häufigkeit der Evaluation: Bitte hier klicken, um den Text einzugeben

Entscheid validiert durch:

Pflegedienstleitung Ärztin/Arzt *(wenn am Entscheid beteiligt)*

Name, Vorname, Datum und Unterschrift Name, Vorname, Datum und Unterschrift

Bitte hier klicken, um den Text einzugeben Bitte hier klicken, um den Text einzugeben

Bewohner/in über die Massnahme informiert am: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Therapeutische Vertretung über die Massnahme informiert am: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Name, Vorname der therapeutischen Vertretung: Bitte hier klicken, um den Text einzugeben

Die Unterschriften der diplomierten Pflegefachperson und der Pflegedienstleitung sind zwingend erforderlich. Die Angehörigen müssen informiert werden. Sind diese mit der Massnahme nicht einverstanden, so können Sie sich an die Direktion der Einrichtung wenden oder bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (Friedensgericht) Beschwerde einreichen. Im Notfall kann die Pflegefachperson eine Zwangsmassnahme durchsetzen und die Unterschrift der Pflegedienstleitung bzw. der Ärztin/des Arztes später einholen. Dieser Entscheid ist im «**Verzeichnis der Zwangsmassnahmen und Massnahmen zur Einschränkung der Freiheit**» der Einrichtung abzulegen.

=> **Kopie** **an** **therapeutische Vertretung**