**Umsetzung einer freiwilligen Sicherheitsmassnahme bei einer urteilsfähigen Person**

**Name und Vorname Bewohnerin / Bewohner:** Bitte hier klicken, um den Text einzugeben

**Art der Massnahme:** Bitte hier klicken, um den Text einzugeben

[ ]  **Die Massnahme wird vom Bewohner / von Bewohnerin verlangt**

[ ]  **Die Massnahme wird vom Personal vorgeschlagen**

**Grund für die Massnahme (Nutzen und Einschränkungen):** Bitte hier klicken, um den Text einzugeben

**Datum der Einführung der Massnahme:** Bitte hier klicken, um das Datum einzugeben

**Datum der ersten Beurteilung:** Bitte hier klicken, um das Datum einzugeben

**Häufigkeit:** Bitte hier klicken, um den Text einzugeben

**Information an die Therapeutische Vertretung:**

[ ]  **Ja** [ ]  **Nein Datum:** Bitte hier klicken, um das Datum einzugeben

**Name, Vorname und Unterschrift der diplomierten Pflegefachperson:** Bitte hier klicken, um den Text einzugeben

Mit ihrer Unterschrift bestätigt die diplomierte Pflegefachperson, dass der Bewohner / die Bewohnerin nach Aufklärung der Massnahme eingewilligt hat, dass der Bewohner / die Bewohnerin den Nutzen und die Einschränkungen der Massnahme verstanden hat.

 Kopie an die Pflegedienstleitung zur Validierung