

# Ärztliches Zeugnis einer/eines approbierten Ärztin/Arztes

(BITTE IN MASCHINEN- ODER DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN)

im Rahmen des Unterbringungsverfahrens nach dem Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (NPsychKG).

|                                    |           |             |
|------------------------------------|-----------|-------------|
| Name (ggf. Geburtsname):           | Vorname:  | Geb.-Datum: |
| wohnhaft:                          |           |             |
| Krankenkasse:                      | Hausarzt: |             |
| Vertrauensperson:                  |           |             |
| Vorgeschichte/aktuelles Geschehen: |           |             |
| Untersuchungsbefund:               |           |             |
| Diagnose:                          |           |             |

Es liegt eine Erkrankung im Sinne des § 1 Nr. 1 NPsychKG vor, und zwar eine

- ☐ Psychose      ☐ Suchtkrankheit      ☐ andere krankhafte/seelische/geistige Störung/Behinderung

deren gefährliche Auswirkungen nach ärztlicher Überzeugung sich außerhalb einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung nicht beherrschen lassen.

Es besteht die **dringende Gefahr** schwerwiegender Gesundheitsschäden bzw. eine **dringende Gefahr** für die öffentliche Sicherheit durch:      ☐ Eigengefährdung      ☐ Fremdgefährdung

Die betroffene Person ist mit der Unterbringung in dem abgeschlossenen Teil eines psychiatrischen Krankenhauses      ☐ nicht einverstanden bzw.

- ☐ befindet sich im Zustand der Willenlosigkeit / fehlende Absprachefähigkeiten

Ort, Datum, Unterschrift und Name Arzt/Ärztin, Stempel