

Ärztliche Bescheinigung

nach § 8 UbG

1. Untersuchte Person

Name	Soz-Vers-Nr. / Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Anschrift		Staatsangehörigkeit
Name und Telefonnummer einer Kontaktperson/eines Angehörigen	Die Untersuchung wurde veranlasst von	

2. Außenanamnese und Sachverhaltsdarstellung

--

3. Untersuchung

Datum	Uhrzeit	Ort
a. <u>Gefährdung des Lebens/der Gesundheit</u> <ul style="list-style-type: none">der betroffenen Person selbst durch:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Suizidversuch oder Selbstverletzung<input type="checkbox"/> Suizid-Gedanken<input type="checkbox"/> sonstiges aktuelles selbstschädigendes Verhaltenanderer Person/en durch:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> unbestimmte Drohungen<input type="checkbox"/> Tötlichkeiten<input type="checkbox"/> sonstige aktuell andere Personen gefährdendes Verhalten		b. <u>Hinweise auf eine psychische Erkrankung/en</u> <ul style="list-style-type: none">Störung<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> des Bewusstseins<input type="checkbox"/> der Orientierung<input type="checkbox"/> der Aufmerksamkeit<input type="checkbox"/> sonstige Störung:<input type="checkbox"/> des Gedächtnisses<input type="checkbox"/> des Gedankenablaufs<input type="checkbox"/> der VerstandestätigkeitStimmungslage<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> unauffällig<input type="checkbox"/> aggressiv<input type="checkbox"/> agitiert<input type="checkbox"/> dysthym<input type="checkbox"/> getrieben<input type="checkbox"/> depressivAffektlage<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> unauffällig<input type="checkbox"/> abgeschwächt<input type="checkbox"/> nur im negativen Bereich affizierbarAuffälligkeiten des körperlichen Zustandes<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> verwahrlost<input type="checkbox"/> alkoholisiert<input type="checkbox"/> Suchtgiftbeeinträchtigung<input type="checkbox"/> Verletzung/enSonstige Auffälligkeiten<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Wahnideen<input type="checkbox"/> Verfolgungswahn:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> religiös<input type="checkbox"/> politisch<input type="checkbox"/> optisch<input type="checkbox"/> akustisch<input type="checkbox"/> taktil<input type="checkbox"/> Sinnestäuschungen
c. <u>Alternativen zur Unterbringung:</u> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ambulante Therapie oder Versorgung durch Facharzt/Psychosozialen Dienst derzeit nicht ausreichend<input type="checkbox"/> derzeit stationär aufgenommen, keine ausreichende psychiatrische Versorgung möglich<input type="checkbox"/> keine Alternativen vorhanden		
→ Vorläufige Diagnose:		

Es wird bescheinigt, dass eine ärztliche Untersuchung gem. § 8 UbG durchgeführt wurde. Die Voraussetzungen zur Unterbringung

liegen vor (siehe Punkt 3., a. – c.) liegen nicht vor

Datum, Uhrzeit

Name des Arztes in Blockschrift / Stempel

Unterschrift des Arztes