

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:		
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:

- Die betroffene Person ist mit der Unterbringung in dem abgeschlossenen Teil eines psychiatrischen Krankenhauses nicht einverstanden.
- befindet sich im Zustand der Willenlosigkeit.

Unterschrift Ärztin/Arzt, Ort, Datum, Stempel

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:		
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:

- Die betroffene Person ist mit der Unterbringung in dem abgeschlossenen Teil eines psychiatrischen Krankenhauses nicht einverstanden.
- befindet sich im Zustand der Willenlosigkeit.

Unterschrift Ärztin/Arzt, Ort, Datum, Stempel

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:		
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:

- Die betroffene Person ist mit der Unterbringung in dem abgeschlossenen Teil eines psychiatrischen Krankenhauses nicht einverstanden.
- befindet sich im Zustand der Willenlosigkeit.

Unterschrift Ärztin/Arzt, Ort, Datum, Stempel

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:		
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:

- Die betroffene Person ist mit der Unterbringung in dem abgeschlossenen Teil eines psychiatrischen Krankenhauses nicht einverstanden.
- befindet sich im Zustand der Willenlosigkeit.

Unterschrift Ärztin/Arzt, Ort, Datum, Stempel
