# Formular zur Dokumentation von befristeter bewegungseinschränkender Massnahme (BEM)

**Dieses Protokoll dient zur Dokumentation einer bewegungseinschränkenden Massnahme bei einer urteilsunfähigen Person. Die betroffene Person ist zwingend darüber zu informieren.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name Klient\*in** |  |
| **Urteilsunfähigkeit** | In welcher Situation sind welche Äusserungen bzw. Handlungen nicht adäquat? |
| **Betroffener Bereich** |  |

**Veranlassung / Grund:**

**[ ]** Selbstgefährdung [ ]  Fremdgefährdung [ ]  Massive Störung des Umfeldes / Gemeinschaftslebens

**Bemerkungen zum Verhalten:** Genaue Beschreibung der Situation und des Verhaltens

|  |
| --- |
|  |

**Geprüfte Alternativen:**

|  |  |
| --- | --- |
| Welche weniger einschneidenden Massnahmen wurden bereits überprüft? |  |
| Wie lange? |  |
| Wenn nein, warum nicht? |  |

**Art der Massnahme:**

[ ]  Einschliessen [ ]  Isolieren mit Begleitung [ ]  Fixieren / Anbinden / Angurten / Bettgitter

[ ]  Verhindern der Kommunikation [ ]  Elektronische Überwachung

[ ]  Blockieren von Rollstuhl mit Tisch, Bremsen o.a. [ ]  Weitere:

**Umsetzung**:

|  |  |
| --- | --- |
| Genaue Beschreibung der Massnahme |  |
| Wer führt sie aus? |  |
| Wie wird protokolliert? |  |

**Auswertung:** Stichwortartige Beschreibung: (Wirkung der BEM, Veränderung des Verhaltens, Versuche, die Massnahme wegzulassen, weiteres Vorgehen inkl. strukturelle Veränderungen)

|  |
| --- |
|  |

**Absprache der Massnahme mit:**Bei jeder Massnahme ist individuell abzuklären, mit wem diese gemäss Erwachsenenschutzrecht abgesprochen werden muss! Eine Rechtsmittelbelehrung wird der gesetzlichen Vertretung beigelegt.

[ ]  Betroffene Person [ ]  Gesetzliche Vertretung [ ]  Angehörige [ ]  Institutionsleitung

[ ]  Präventions- Meldestelle [ ]  KESB

[ ]  Weitere:

**Datum Beginn der Massnahme:**

 **Datum Überprüfung der Massnahme:**

**Datum Aufhebung der Massnahme:**

 **Einverständnis / Kenntnisnahme**

|  |  |
| --- | --- |
| **Die Massnahme wurde mit den unterzeichnenden Personen besprochen und von ihnen geprüft** | **Ort / Datum / Unterschrift** |
| Ausgefüllt von |  |
| Betroffene Person |  |
| Gesetzliche Vertretung für den Bereich medizinische Massnahmen (inkl. Rechtsmittelbelehrung) |  |
| Aufsichtsstelle |  |
| Präventions- Meldestelle |  |
| Institutionsleitung |  |
| Bezugsperson |  |

**Zur Verfügung gestellt durch Fachstelle Prävention**