Fürsorgerische Unterbringung: Ärztliche Einweisung (Verfügung)

Die / der unterzeichnende Ärztin / Arzt verfügt hiermit gestützt auf Art. 426 und 429 f. ZGB (SR210) bei Erwachsenen, Art. 314b ZGB bei Minderjährigen i.V.m. Art. 51 EGzZGB (BR 210.100) die notfallmässige Einweisung von:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Heimatort/Nationalität:

Strasse, PLZ/Ort: Geschlecht: ☐ m ☐ w

Die Unterbringung in die Einrichtung:

erfolgt gestützt auf die ärztliche Untersuchung vom: ☐ zur Behandlung ☐ zur Betreuung

wegen ☐ psychischer Störung ☐ geistiger Behinderung ☐ schwerer Verwahrlosung

☐ Selbstgefährdung ☐ Fremdgefährdung

Befund und Gründe (zwingend kurze Darstellung des Zustandsbildes und der Umstände, unter denen die Patientin / der Patient angetroffen wird und aus denen sich die Notwendigkeit der Unterbringung zur Behandlung oder Betreuung ergibt. Falls vorhanden, Angaben zu einer bestehenden Anamnese.):

Ort und Datum der persönlichen ärztlichen Untersuchung durch die / den die vorliegende FU-Anordnung unterzeichnende/n Ärztin / Arzt:

Eingaben zurücksetzen Drucken

Diese fürsorgerische Unterbringung erfolgt für die Dauer von **max. 6 Wochen** ☐, oder für eine Dauer von **Wochen,** vorbehalten bleibt eine vorzeitige Entlassung durch die Einrichtung bzw. eine ordentliche Unterbringung durch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde über die sechs Wochen hinaus.

☐ Die Patientin / der Patient wurde über die Gründe der Anordnung der Unterbringung und die vorgesehene Einrichtung orientiert und dazu angehört.

☐ Die Anhörung konnte aus folgenden Gründen nicht durchgeführt werden:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diese Verfügung kann beim Kantonsgericht Graubünden (Poststrasse 14, 7001 Chur) innert 10 Tagen seit Mitteilung des Entscheids schriftlich Beschwerde eingereicht werden. Die Beschwerde muss nicht begründet werden. Die aufschiebende Wirkung einer Beschwerde ist von Gesetzes wegen entzogen. Diese Verfügung ist der Beschwerde beizulegen.

Die betroffene Person hat das Recht, eine nahestehende Person als Vertrauensperson zu bezeichnen (siehe unten).

Angaben der anordnenden Ärztin / des anordnenden Arztes:

Name / Adresse (Stempel)

Facharzttitel (Kinder- und Jugend-) Psychiatrie / Psychotherapie: ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum Unterschrift:

Mitteilung an:

1. Patientin/Patient (durch Aushändigung) ☐ Annahme verweigert ☐
2. Einrichtung
3. Gemäss Angaben der Patientin / des Patienten zu informierende nahestehende Person

☐ durch Aushändigung ☐ postalisch ☐ keine nahestehende Person bezeichnet

Name und Adresse der nahestehenden Person:

Vorname / Name:

Adresse:

PLZ / Ort:

4. zuständige KESB
5. evtl. gesetzliche Vertretung

Eingaben zurücksetzen Drucken