Zu meiner eigenen Sicherheit wünsche ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum \_

Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_,

dass die Mitarbeitenden des Pflegedienstes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nachfolgende Maßnahme durchführen.:

Abschließen der Wohnungstür/Haustür nach Beendigung des Pflegeeinsatzes

Anbringung eines Bettgitters nach der Beendigung des Pflegeeinsatzes

Anbringen eines Bettgitters zur Nacht

Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Folgende Besonderheiten sind hierbei zu beachten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich wurde auf mögliche Risiken und Gefahren bei der Anwendung der zuvor genannten Maßnahme hingewiesen und erkläre ausdrückliche meine Einwilligung in die Maßnahme. Mit ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit und mit sofortiger Wirkung, auch mündlich oder durch Gesten, widerrufen kann.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift/Datum Patient) (Unterschrift/Datum Pflegedienst)

**Bestätigung des Hausarztes**

Als behandelnder Hausarzt bestätige ich, dass mein/e Patient/in die vorstehende Einverständniserklärung freiwillig und orientiert gegeben hat. Die genannten Maßnahmen sind aus medizinischer und pflegerischer Sicht notwendig.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift Arzt / Ärztin