

Fürsorgerische Unterbringung (FU) durch Ärztin/Arzt

Gestützt auf Art. 426 ff., insb. Art. 429 und Art. 430 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches vom 10. Dezember 1907 (ZGB, SR 210), i.V. mit § 34 des Einführungsgesetzes zum schweizerischen Zivilgesetzbuch (EGzZGB, SRSZ 210.100)

Patientin/Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnadresse, PLZ Ort: _____

wird nach Untersuchung vom _____
(**Datum der Untersuchung**, welche durch die anordnende Ärztin/den anordnenden Arzt vor Erlass der Verfügung persönlich durchzuführen ist)

eingewiesen in (Einrichtung): ☐ Triaplust AG, Klinik Zugersee, Oberwil ☐ Clenia Littenheid
☐ andere _____

Aus folgenden Gründen: ☐ psychische Störung ☐ geistige Behinderung ☐ schwere Verwahrlosung

Es besteht: ☐ Selbstgefährdung ☐ Fremdgefährdung

Befund, Gründe und Zweck der Unterbringung

Kurze Darstellung des Zustandsbildes und der Umstände, in 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. **Zwingend aufzuführen:**

Anhörung

☐ Die Patientin/der Patient wurde über die Gründe der Anordnung der Unterbringung und die vorgesehene Einrichtung orientiert und dazu angehört (Art. 430 Abs. 1 ZGB). **Zwingend kurzes Aufführen der Stellungnahme:**

☐ Die Anhörung konnte aus folgenden Gründen nicht durchgeführt werden: _____

Name und Vorname Patient/in: _____

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diese Anordnung kann die betroffene oder eine ihr nahestehende Person innert 10 Tagen seit der Mitteilung beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz, Kollegiumstrasse 28, Postfach 2266, 6431 Schwyz, Beschwerde erheben. Die Beschwerde ist schriftlich einzureichen und muss nicht begründet werden.

Die Beschwerde gegen diese Verfügung hat keine aufschiebende Wirkung.

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel der anordnenden Ärztin / des
anordnenden Arztes mit Berufsausübungsbewilligung

Mitteilung an:

1. Patientin / Patient:

☐ Durch Aushändigung im Original

☐ Allenfalls gesetzliche Vertretung: _____

☐ Annahme verweigert

2. Gemäss Angaben der Patientin/des Patienten zu informierende nahestehende Person:

Name, Vorname und Adresse: _____

☐ durch Aushändigung

☐ postalisch

☐ keine nahestehende Person bezeichnet

3. ☐ Einrichtung / Klinik

4. ☐ KESB Innerschwyz (E-Mail: kesi@sz.ch)

Wenn Patient/in in einer dieser Gemeinden wohnhaft ist: Arth, Gersau, Illgau, Ingenbohl, Küssnacht, Lauerz, Morschach, Muotathal, Riemenstalden, Sattel, Schwyz, Steinen, Steinerberg

5. ☐ KESB Ausserschwyz (E-Mail: kesa@sz.ch)

Wenn Patient/in in einer dieser Gemeinden wohnhaft ist: Alpthal, Altendorf, Einsiedeln, Feusisberg, Freienbach, Galgenen, Innerthal, Lachen, Oberiberg, Reichenburg, Rothenthurm, Schübelbach, Tuggen, Unteriberg, Vorderthal, Wangen, Wollerau