Einwilligungserklärung für eine geschlossene Unterbringung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, für die Dauer meiner Behandlung _____
_____ [Beschreibung der Heilbehandlung, soweit diese bereits feststeht]
in einer geschlossenen Station bzw. im geschlossenen Bereich eines Krankenhauses zu verbleiben.

_____, _____ _____
[Ort, Datum] [Unterschrift des Betroffenen]

Nach meinen Feststellungen besitzt Herr/Frau _____ die notwendige Fähigkeit, Art, Bedeutung und Tragweite der Einwilligung in eine geschlossene Unterbringung zu erfassen und hiernach zu handeln.

_____, _____ _____
[Ort, Datum] [Unterschrift des Arztes]