**AUSFÜHRLICHER MEDIZINISCHER BERICHT**

**Gemäß Artikel 5 § 2 des Gesetzes vom 26. Juni 1990**

Der unterzeichnende Arzt:

Dr. ……………………………………………………………………………………

mit Praxis in ……………………………………………………………………..

erklärt am ………………………………….…... nachstehende Person untersucht zu haben:

Vorname und Name der betreffenden Person: .........................................................................

wohnhaft oder sich aufhaltend in: ………………………………………………………………………………………..

und festgestellt zu haben, dass die betreffende Person

* an folgender Geisteskrankheit leidet:

und aufgrund der Symptomatik dieser Erkrankung

* ernsthaft die eigene Gesundheit und Sicherheit gefährdet, indem sie
* eine schwerwiegende Gefahr für das Leben oder die Unversehrtheit Dritter darstellt, indem sie

In Ermangelung jeglicher anderen geeigneten Behandlung, im vorliegenden Fall:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

zwingt sich eine Unterbringungsmaßnahme aufgrund des Gesetzes vom 26. Juni 1990 über den Schutz der Person des Geisteskranken auf.

Datum: Unterschrift: