

Fürsorgerische Freiheitsentziehung Ärztliche Einweisung (Verfügung)

Die/der unterzeichnende, im Kanton Bern zur Berufsausübung zugelassene Ärztin/Arzt, **verfügt** hiermit gestützt auf Art. 397a und 397b des Zivilgesetzbuches ZGB (Art. 307, 310 und 314a ZGB bei Minderjährigen) sowie Art. 12 des kantonalen Gesetzes über die fürsorgerische Freiheitsentziehung und andere Massnahmen der persönlichen Fürsorge vom 22.11.1989 die **vorsorgliche Einweisung** von:

Name Bieri Vorname Patrick

Geburtsdatum 5.7.1968 Heimatort Schiangnan Be

Adresse, PLZ, Ort Wasenstr. 46, 2502 Biel

Name, Adresse und Telefonnummer der Angehörigen / der nahe stehenden Person/en

Name, Adresse und Telefonnummer des Beistandes, Beirates, Vormundes

(Zutreffendes unterstreichen)

in die Klinik UPD Waldau, Bern

Die Einweisung erfolgt gestützt auf die **ärztliche Untersuchung** vom 7.2.2012

wegen (Diagnose) Wahnhafte Störung ICD-10: F22

Kurzes ärztliches Zeugnis / Bericht fühlte sich seit längerem über-

weicht - Spiel oder nicht? umwelter, Briefkasten

schickter Briefe ab", seit 3-4 J. betreut von Sozialant

Stadt Biel -> viele Beschwerden gegen Institutionen

verdächtigt sich mit Krebsbild - in Biel sein viele

Pädophile - heute Gespräch beim Regierungstatthalter, diesen

Körperbild ~~angegriffen~~ angegriffen. Spielt immer wieder

von Szene, Porno u sw. -> Freund gefährdung

Rechtsmittelbelehrung:

Diese fürsorgerische Freiheitsentziehung erfolgt für die **Dauer von maximal 6 Wochen**, vorbehalten bleibt eine ordentliche FFE. Der Patient/die Patientin muss entlassen werden, sobald sein/ihr Zustand es erlaubt.

Der/Die Betroffene, sein/ihr gesetzliche/r Vertreter/in (Eltern, Vormund) oder eine ihm/ihr nahe stehende Person kann **innert 10 Tagen** seit Mitteilung dieses Entscheides **schriftlich Rekurs** erheben. Der Rekurs ist bei der Kantonalen Rekurskommission für fürsorgerische Freiheitsentziehung, Hochschulstrasse 17, Postfach 7475, 3001 Bern, einzureichen. Als Rekursklärung genügt „Ich erhebe Rekurs“ oder „Ich will entlassen werden“.

Ort, Datum Biel, 7.2.2012

Der einweisende Arzt / Die einweisende Ärztin
(Stempel und Unterschrift)

Mit der Unterschrift wird
bestätigt, dass die betroffene
Person informiert wurde über:
=> **Grund und Ort der Einweisung**
=> **die Rekursmöglichkeiten**

Dr. A. Rausch
Leitende Ärztin / Médecin chef de service
Psychiatrische Dienste Biel-Seeland
Services psychiatriques Bienneseeland
2502 Biel/Bienne Tel. 032 321 45 45

Diese Verfügung ist **zwingend** zu übergeben/

- Patient/Patientin (Original)
- Klinik-/Heimleitung (blaue Kopie)

ist je nach Umständen zu übergeben:

- dem Regierungstatthalteramt Biel
- oben genannter nahe stehender Person
- oben genanntem/r Angehörigen/r
- Beistand, Beirat, Vormund, gesetzliche/r Vertreter/in
- zuständige Vormundschaftsbehörde
- Hausarzt/Hausärztin