

**Fürsorgerische Unterbringung (FU)
auf ärztliche Anordnung**

1. Personalien der von der Unterbringung betroffenen Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität / Heimatort: _____

Strasse: _____ PLZ / Wohnort: _____

Angehörige oder nahestehende Person:

Name und Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____

Beziehung (Ehegatte, Vater, Schwester, usw.): _____

2. Einweisender Arzt bzw. einweisende Ärztin:

Name und Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon _____

3. Ärztliche Untersuchung erfolgte:

am (Datum und Uhrzeit): _____

in (Ort / Praxis): _____

4. Befund, Gründe und Zweck der Unterbringung:

5. Verfügung:

1. Die betroffene Person wird gestützt auf Art. 429 ZGB und § 123 Abs. 1 EG ZGB für die Dauer von maximal 72 Stunden in der Erwachsenenpsychiatrie, Psychiatrische Dienste Solothurn, Weissensteinstrasse 102, 4503 Solothurn untergebracht.
2. Zuständig für die Entlassung ist die Einrichtung (Erwachsenenpsychiatrie, Psychiatrische Dienste Solothurn, Weissensteinstrasse 102, 4503 Solothurn).
3. Einer allfälligen Beschwerde ist die aufschiebende Wirkung von Gesetzes wegen entzogen (Art. 430 Abs. 3 ZGB).
4. Rechtsmittelbelehrung: Gegen diese Verfügung kann beim Verwaltungsgericht des Kantons Solothurn, Amthaus 1, 4502 Solothurn, innert 10 Tagen seit Mitteilung der Verfügung schriftlich Beschwerde eingereicht werden. Die Beschwerde muss nicht begründet werden (Art. 450e Abs. 1 ZGB).
5. Eröffnung an:
 - Betroffene Person
 - Die Verfügung wurde persönlich an betroffene Person ausgehändigt.
 - Die Verfügung ist der betroffenen Person durch die Psychiatrischen Dienste Solothurn (in der Klinik) auszuhändigen.
 - Angehörige bzw. nahestehende Person: _____
6. Mitteilung an:
 - Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden des Kantons Solothurn (KESB)
per Fax-Nr. **032 627 76 71**
 - Psychiatrische Klinik Solothurn (vorab per Fax-Nr. 032 627 11 00)

Datum: _____

Unterschrift und Stempel: _____