
Vorname, Name, Betreuer/in

Ort und Datum

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ, Ort

Amtsgericht
- Betreuungsgericht -

Name und Vorname d. Betroffenen
geb. am:
Aktenzeichen:

Antrag auf Genehmigung der freiheitsentziehenden Unterbringung/freiheitsentziehenden Maßnahme/n

Sehr geehrte Damen und Herren,

I. ich/wir beantrage/n die Genehmigung zur mit Freiheitsentziehung verbundenen Unterbringung d. Betroffenen:

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsort, Geburtsdatum

- Die mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung d. Betroffenen in einer geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses.
- Die mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung d. Betroffenen in einer geschlossenen Abteilung einer sozialtherapeutischen Wohnstätte.
-

ist dringend erforderlich, weil

- Weglaufgefahr besteht und d. Betroffene
 - mit dem Leben nicht zurechtkommen würde.
 - aufgrund mangelnder Orientierung bzw. Verkehrssicherheit erheblich gefährdet wäre.
 - aufgrund einer psychischen Krankheit, geistiger oder seelischer Behinderung erhebliche Gefahr für Leib oder Leben d. Betroffenen besteht (Selbsttötung oder erheblicher gesundheitlicher Schaden)
 -
- _____
 Da damit zu rechnen ist, dass d. Betroffene einer Unterbringung nicht freiwillig Folge leisten wird, beabsichtige/n ich/wir, die Zuführung zur Unterbringung unter Einschaltung der zuständigen Behörden – erforderlichenfalls mit Hilfe der polizeilichen Vollzugsorgane – mit Gewaltanwendung und erforderlichenfalls auch gegen den Willen d. Betroffenen vorzunehmen.

weitere Angaben unter III.

II. ich/wir beantrage/n die Genehmigung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen

D. Betroffene benötigt

zur Zeit folgende vorläufige zeitweise oder regelmäßige

weiterhin folgende zeitweise oder regelmäßige

Freiheitsentziehung durch folgende mechanische Vorrichtungen:

Anbringung eines Bettgitters

Gurt am (Roll-)Stuhl

Bauchgurt im Bett

Fünf-Punkt-Fixierung

Sieben-Punkt-Fixierung

Tischbrett am (Roll-)Stuhl

um die Untersuchung und Behandlung sicherzustellen.

um Eigenverletzungen durch Sturz oder unkontrollierte Bewegungen zu verhindern.

III. ergänzende Angaben zu I. und II. (Felder bitte unbedingt ausfüllen!)

Ein ärztliches Zeugnis Ein ärztliches Gutachten zur Glaubhaftmachung der obigen Angaben

füge/n ich/wir bei.

reiche/n ich/wir nach.

Hausärztin/Hausarzt ist meines/unseres Wissens Frau/Herr

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer

Zu einer Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

hat sich d. Betroffene zustimmend geäußert.

Eine Erklärung hierüber füge/n ich/wir bei.

Eine Erklärung hierüber reiche/n ich/wir nach.

kann sich d. Betroffene nicht äußern.

können keine Angaben gemacht werden.

D. Betroffene hat von dieser Anregung keine Kenntnis.

Kenntnis und hat ihr

zugestimmt.

nicht zugestimmt.

Die Zustimmung füge/n ich/wir bei.

Eile ist geboten, weil

Unterschrift Betreuer/in