
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