Name:

Anschrift:

Telefon:

**Antrag auf Genehmigung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen**

Ich stelle beim Amtsgericht - Betreuungsgericht – Bad Urach Antrag auf die Genehmigung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen **für**

Name: Vorname:

wohnhaft:

derzeitiger Aufenthaltsort:

(wenn von Wohnort

abweichend)

Ich bin  rechtlicher Betreuer  Vorsorgebevollmächtigter (bitte unbedingt

Vollmacht in Kopie beifügen)

und aufgrund dessen zur Einwilligung in freiheitsentziehende Maßnahmen für die betroffene Person befugt.

**Nur bei Vorsorgevollmacht**: Gibt es weitere Bevollmächtigte?  ja  nein

Wenn ja: Die Namen und Anschriften der anderen Bevollmächtigten lauten:

Wissen die anderen Bevollmächtigten von dem Antrag?  ja  nein

Sind diese damit einverstanden?  ja  nein?

Folgende freiheitsbeschränkende Maßnahmen sollen angewendet werden:

Hochschieben eines Bettgitters  Bauchgurt im Bett

Festhalten auf dem Stuhl (z.B. mittels Gurt oder Therapietisch)

Zimmereinschluss in der Zeit **von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Uhr **bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Uhr täglich

regelmäßiger Zimmereinschluss als Time-Out Maßnahme **bis zu** \_\_\_\_\_\_ Minuten im Einzelfall

sonstige Maßnahmen, nämlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D. Betroffene leidet an einer psychischen Erkrankung bzw. seelischen oder geistigen Behinderung, nämlich: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aufgrund dieser Erkrankung/Behinderung sind die genannten freiheitsentziehenden Maßnahmen erforderlich, weil

d. Betroffene aufgrund seiner psychischen Erkrankung bzw. geistigen oder seelischen Behinderung orientierungslos und in unbeaufsichtigten Momenten weglaufgefährdet ist

d. Betroffene aufgrund einer körperlichen Erkrankung/Behinderung erheblich sturzgefährdet ist und gleichzeitig wegen der psychischen Erkrankung bzw. Behinderung die Notwendigkeit der Freiheitsbeschränkung nicht versteht.

aus sonstigen Gründen, nämlich um folgender konkreten Gefahr eines **erheblichen gesundheitlichen Schadens** zu begegnen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kurze Erläuterung, worauf diese Einschätzung beruht:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist d. Betroffene körperlich in der Lage - zumindest zu versuchen - aus dem Bett/Stuhl aufzustehen, also - zumindest in Ansätzen - einen natürlichen Fortbewegungswillen umzusetzen?

ja  nein

Kann d. Betroffene die Notwendigkeit der Maßnahme einsehen?

ja  nein

**Wenn ja**: Ist d. Betroffene mit der Maßnahme einverstanden?  ja  nein

Wie lange sind die freiheitsentziehenden Maßnahmen voraussichtlich notwendig?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden Arztes d. Betroffenen lauten:

, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift)