Name:

Anschrift:

Telefon:

**Antrag auf Genehmigung einer freiheitsentziehenden Unterbringung**

Ich stelle beim Amtsgericht - Betreuungsgericht – Bad Urach Antrag auf die Genehmigung der freiheitsentziehenden Unterbringung **von**

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

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?

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

Aufgrund dieser Erkrankung ist eine freiheitsentziehende Unterbringung erforderlich, weil

ansonsten die Gefahr besteht, dass d. Betroffene sich selbst tötet oder erhebli-

chen gesundheitlichen Schaden zufügt

zur Abwendung eines drohenden **erheblichen** gesundheitlichen Schadens eine

Heilbehandlung notwendig ist, die ohne die Freiheitsentziehung nicht durchgeführt

werden kann.

Kurze Erläuterung, worauf diese Einschätzung beruht:

D. Betroffene kann aufgrund der Erkrankung/ Behinderung die Notwendigkeit der Maßnahme nicht einsehen.

Die Unterbringung soll in folgender Einrichtung stattfinden

psychiatrische Klinik

geschlossenes Alten- und Pflegeheim

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

Wie lange ist die freiheitsentziehende Unterbringung voraussichtlich notwendig?

Steht bereits fest, in welcher konkreten Einrichtung d. Betroffene untergebracht werden soll?

ja  nein

Wenn ja: Name und Anschrift der Einrichtung

Befindet sich d. Betroffene bereits in der Einrichtung?

ja  nein

Wenn ja: Name und Telefonnummer des zuständigen Ansprechpartners in der Einrichtung bzw. des behandelnden Arztes in der Klinik lauten:

Wenn nein: Steht bereits ein Aufnahmedatum fest?

ja  nein

ggf. wann?

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

(Unterschrift)