

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.

Amtsgericht Schwandorf  
Kreuzbergstr. 19  
92421 Schwandorf

Az.: \_\_\_\_\_

Betroffener: \_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Geburtsdatum des Betroffenen

Ich bitte, die Unterbringung des Betroffenen in/im

\_\_\_\_\_  
(Bezeichnung der Einrichtung)

Ich bitte, folgende freiheitsentziehende Maßnahmen

Bettgitter

Fixierung am Bett

5-Punkt

Fixierung am Stuhl/Rollstuhl

7-Punkt

Bauchgurt

Bauchgurt

Therapietisch

Handmanschetten

Sitzhose

Zeitweiser Einschluss

Sedierende Medikamente

im Zimmer (nächtlich)

im Zimmer (tagsüber)

im Stockwerk

im Haus

\_\_\_\_\_

für die Dauer von \_\_\_\_\_

betreuungsgerichtlich zu genehmigen, weil die Gefahr besteht, dass er/sie sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt oder weil eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens notwendig ist.

**Bislang wurden folgende Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen getestet**

(Bitte alle durchgeführten Maßnahmen und deren Zeitraum auflisten, zum Beispiel: Kraft- und Balancetraining, Sicherung der Umgebung, Niederflurbetten, Protektoren, Antirutschsocken, RCN-Walker, Sensormatten, AntiRutschmatten, Überprüfung von Seh- und Hörhilfen, Medikamentenumstellung)

---

---

---

---

---

**Die erprobten Alternativen waren erfolglos, weil**

(Begründung angeben)

---

---

---

---

Ohne die beabsichtigten Maßnahmen würde der Betroffene

---

---

---

---

Das ärztliche Zeugnis  liegt bei

wird schnellstmöglich nachgereicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)