
Vorname/Name Antragsteller

Datum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Amtsgericht Landshut

- Betreuungsgericht –

Maximilianstraße 22

84028 Landshut

Antrag auf Genehmigung freiheitentziehender Maßnahme(n)

Als

- rechtliche(r) Betreuer(in) mit dem Aufgabenbereich „Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen“ im Betreuungsverfahren Az _____/_____ beim Amtsgericht _____
- schriftlich Bevollmächtigte(r), dessen Vollmacht die Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen ausdrücklich umfasst (Kopie der Vollmacht liegt bei)
- Mitarbeiter des Krankenhauses/Heimes _____
(HINWEIS: D. Betreuer(in)/Bevollmächtigte muss informiert und einverstanden sein)

beantrage ich zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden für

Name, Vorname d. Betroffenen: _____

geb. am: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

d. sich in einem Krankenhaus, Heim oder sonstiger Einrichtung in

befindet.

die Genehmigung folgender freiheitsentziehender Maßnahme(n):

- Bettgitter
- Bauchgurt im Bett

- Fixierung am Stuhl/Rollstuhl
 - Bauchgurt
 - Therapietisch
 - Sitzhose

- zeitweiser Einschluss
 - im Zimmer (nächtlich)
 - im Zimmer (tagsüber)

sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen:

-
- tagsüber
 - während der Nacht
 - während der Bettruhezeiten
 - stundenweise
 - bei Unruhe

Soweit möglich, beantworte ich folgende Fragen:

1. An welcher psychischen Erkrankung bzw. geistigen oder seelischen Behinderung leidet d. Betroffene?

2. Aus welchem Grund ist/sind die freiheitsentziehende Maßnahme(n) erforderlich?

D. Betroffene ist noch zu einer willensgesteuerten Fortbewegung in der Lage.

D. Betroffene soll lediglich vor dem Herausfallen, Herausrutschen oder den Folgen unwillkürlicher und unkontrollierter Bewegungen im Schlaf bzw. im Rahmen krankheitsbedingter Unruhezustände geschützt werden.

3. Besitzt d. Betroffene die natürliche Einsichtsfähigkeit zu verstehen, warum eine freiheitsentziehende Maßnahme notwendig ist?

Ja

Nein

Wenn ja: Ist er/sie mit der beantragten Maßnahme(n) einverstanden?

Ja

Nein

4. Liegt aktuell eine Selbstgefährdung (z.B. Sturzgefahr) vor?

Um kurze Schilderung wird gebeten.

Ein ärztliches Attest, aus dem sich die Diagnose der Erkrankung, der Grund, warum d. Betroffene nicht selbst über die Maßnahme(n) entscheiden kann, die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahme(n) und voraussichtliche Dauer der Maßnahme(n) ergibt,

liegt bei

wird umgehend nachgereicht

_____, den _____ (Ort) (Datum) _____ (Unterschrift)