

Amtsgericht Traunstein  
- **Betreuungsgericht**-  
Herzog-Otto-Str. 1  
83278 Traunstein

**Absender:**

\_\_\_\_\_  
[Name d. Betreuer\*in/Bevollmächtigte/r]

\_\_\_\_\_  
[Straße und Hausnummer]

\_\_\_\_\_  
[Postleitzahl und Ort]

Tel:

Telefax:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Datum:

**Aktenzeichen des Gerichts** (soweit bereits vorhanden): \_\_\_\_\_

**Betroffene/r:** \_\_\_\_\_  
[Name und Anschrift d. Betroffenen]

geb. \_\_\_\_\_  
[Geburtsdatum d. Betroffenen]

### **Antrag gemäß § 1831 BGB**

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Betreuer\*in/Bevollmächtigte/r rege ich an, gemäß § 1831 Abs.4 BGB folgende freiheitsentziehende/-beschränkende Maßnahme/n zu genehmigen:

D Beschränkung der persönlichen Freiheit d. Betroffenen durch

D die Anbringung eines Bettgitters;

D die Anbringung eines Tisches / Brettes am Stuhl;

D die Anbringung eines Bauchgurtes im Bett;

D die Anbringung einer Pflegedecke;

D die zeitweise Fixierung mit Gurten/einer Sitzhose in einem Stuhl;

D die zeitweise Fixierung der Extremitäten mit Gurten im Bett (ab 5-Punkt-Fixierung ist die 1zu1-Betreuung während der gesamten Fixierungsdauer zu gewährleisten);

D Aufenthalt in einer beschützenden Einrichtung;

D Die Maßnahme wird seit dem \_\_\_ \_\_ \_\_\_ durchgeführt. Die Erforderlichkeit der Maßnahme ist plötzlich aufgetreten und mit der Durchführung konnte wegen der akuten Gefahr nicht gewartet werden.

Die Maßnahme ist erforderlich und verhältnismäßig, weil auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung d.Betroffenen die ernsthafte Gefahr besteht,

D dass sie/er nachts aus dem Bett fällt und sich dabei erheblich verletzt. Der Schlaf d.Betroffenen ist sehr unruhig;

D dass sie/er stürzt und sich dabei Knochenbrüche zuzieht. Die Krankheit hat erhebliche Gleichgewichtsstörungen zur Folge und d.Betroffene kann nicht ohne entsprechende Hilfe gehen. In Verkennung der Fähigkeiten versucht sie/er, immer wieder aufzustehen;

D dass sie/er die reale Situation und die damit verbundenen Gefahren verkennt;

- c sie/er findet sich im Straßenverkehr nicht zurecht und es besteht die Gefahr, dass sie/er ohne Rücksicht auf den Verkehr die Fahrbahn betritt;
- c sie/er ist nicht in der Lage, sich in der näheren und weiteren Umgebung zurechtzufinden. Sie/Er würde sich verlaufen und nicht zurückkehren können. Insbesondere in den Abend- und Nachtstunden ist es auf Grund der Lage des Hauses unwahrscheinlich, dass d.Betroffene aufgefunden wird;

D dass sie/er sich selbst tötet oder schwere Verletzungen beibringt;

D dass sie/er:

D Ich habe zusammen mit dem Pflegepersonal geprüft, ob folgende weniger einschneidende Maßnahmen geeignet sind, die Gefahr abzuwenden: \_\_\_\_\_  
Dies ist nicht der Fall.

D Es gab bereits folgende, von der Einrichtung dokumentierte Stürze: \_\_\_\_\_

D Die Maßnahme ist voraussichtlich für die Dauer von \_\_\_\_\_ erforderlich.

D Die Maßnahme ist dauerhaft erforderlich, da keine Aussicht für eine Besserung des Krankheitsbildes besteht. Es wird die Genehmigung für die Dauer von zwei Jahren beantragt.

D Die Dauer der Maßnahme kann derzeit noch nicht abgesehen werden.

Die/der Betroffene

D zeigt keine Einsicht in die Maßnahme;

D ist nicht in der Lage, den Sinn der Maßnahme zu erfassen und wirksam einzuwilligen.

D Ein entsprechendes ärztliches Attest ist beigefügt.

D Ein entsprechendes ärztliches Attest wird nachgereicht.

D Ein entsprechendes ärztliches Attest habe ich angefordert und wird Ihnen vom Arzt direkt übersendet.

D Ein entsprechendes ärztliches Attest kann von hier aus nicht veranlasst werden.

---

[Unterschrift Betreuer\*in/Bevollmächtigte/r]

**Anlagen:**

D Ärztliches Attest vom \_\_\_\_\_