

---

Vorname Name d. Betreuer/in

Straße, Hausnummer

---

## Telefon

PLZ, Ort

## Datum

An das  
Amtsgericht  
- Betreuungsgericht -

Name und Vorname d. Betreuten

geb. am

## Aktenzeichen

## Antrag auf Genehmigung der Unterbringung / unterbringungsähnlicher Maßnahmen

Sehr geehrte Damen und Herren,

## I. ich(wir) beantrage(n) die Genehmigung zur Unterbringung d. Betroffenen

Die Unterbringung d. Betroffenen in einer geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses

Die Unterbringung d. Betroffenen in einer beschützenden Abteilung eines Alten-/Pflegeheimes ist dringend erforderlich, weil d. Betroffene

weglaufgefährdet ist und

massiv verwahrlosen bzw. mit dem Leben nicht zureckkommen würde.

mit dem Leben nicht zurecht kommen würde.

aufgrund mangelnder Orientierung erheblich gefährdet wäre.

Da damit zu rechnen ist, dass d. Betroffene einer Unterbringung nicht freiwillig Folge leisten wird, beabsichtige(n) ich(wir), die Zuführung zur Unterbringung unter Einschaltung der zuständigen Behörden - erforderlichenfalls mit Hilfe der polizeilichen Vollzugsorgane - mit Gewaltanwendung und erforderlichenfalls auch gegen den Willen d. Betroffenen vorzunehmen.

### **weitere Angaben unter III.**

## II. ich(wir) beantrage(n) die Genehmigung zu unterbringungsähnlichen Maßnahmen

D. Betroffene benötigt

zur Zeit folgende vorläufige zeitweise oder regelmäßige

weiterhin folgende zeitweise oder regelmäßige

Freiheitsentziehung durch mechanische Beschränkungen durch

Anbringung eines Bettgitters

Brett am Stuhl

Anbinden am Bett

Fixierung der Extremitäten

Anbinden am Stuhl

um die Untersuchung und Behandlung sicherzustellen.

um Verletzungen durch Sturz oder unkontrollierte Bewegungen zu verhindern.

## weitere Angaben unter III.

### III. ergänzende Angabe zu I. und II. (Felder bitte unbedingt ausfüllen!)

Ein ärztliches Attest zur Glaubhaftmachung der obigen Angaben  
füge(n) ich(wir) bei.  
werde(n) ich(wir) nachreichen.  
sollte vom Gericht eingeholt werden.

Hausärztin / Hausarzt ist meines(unseres) Wissens Frau / Herr

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer

Zu einer Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht  
hat sich d. Betroffene zustimmend geäußert. Eine Erklärung hierüber  
überreiche(n) ich(wir).      werde(n) ich(wir) nachreichen.  
hat sich d. Betroffene nicht geäußert.  
können keine Angaben gemacht werden.

D. Betroffene hat von dieser Anregung  
keine Kenntnis  
Kenntnis und hat ihr      zugestimmt      nicht zugestimmt.

Eile ist geboten, weil

Unterschrift Betreuer/in