

Amtsgericht \_\_\_\_\_

[Ort]

– Betreuungsgericht –

\_\_\_\_\_  
[Straße und Hausnummer]

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

**Absender:**

\_\_\_\_\_  
[Name des Betreuers]

\_\_\_\_\_  
[Straße und Hausnummer]

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

Tel.:

Telefax:

Funktelefon:

E-Mail

Datum:

**Aktenzeichen des Gerichts:** \_\_\_\_\_

**Betreuung für** \_\_\_\_\_

[Name und Anschrift des Betreuten]

geb. \_\_\_\_\_

[Geburtsdatum des Betreuten]

**Antrag gemäß § 1906 Abs. 4 BGB (freiheitsentziehende Maßnahme)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die betreuungsgerichtliche Genehmigung zur beabsichtigten Einwilligung in die

- Beschränkung der persönlichen Freiheit des betreuten Menschen durch
- die Anbringung eines Bettgitters, weil der betreute Mensch das Bett auch nicht über eine andere Seite verlassen kann.
  - die Anbringung zweier Bettgitter;
  - die zielgerichtete Verabreichung des folgenden Medikamentes zur Ruhigstellung des betreuten Menschen:

\_\_\_\_\_  
[Bezeichnung des Medikaments]

- die Anbringung einer Pflegedecke;
- die zeitweise Fixierung mit Gurten in einem Gerontostuhl;
- die zeitweise Fixierung mit Gurten im Bett;
- Sonstige Maßnahme: \_\_\_\_\_

[Bezeichnung der Maßnahme]

Die Maßnahme ist erforderlich, weil auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des betreuten Menschen die ernsthafte Gefahr besteht,

- dass er nachts aus dem Bett fällt und sich dabei erheblich verletzt. Der Schlaf des betreuten Menschen ist sehr unruhig;

- dass er stürzt und sich dabei Knochenbrüche zuzieht. Die Krankheit hat erhebliche Gleichgewichtsstörungen zur Folge und der Betreute kann nicht ohne entsprechende Hilfe gehen. In Verknennung seiner Fähigkeiten versucht er, immer wieder aufzustehen;
- dass er sich selbst tötet oder schwere Verletzungen beibringt;
- dass er:

- Ich habe geprüft, ob folgende weniger einschneidende Maßnahmen geeignet sind, die Gefahr abzuwenden:

Dies ist nicht der Fall.

- Die Maßnahme ist voraussichtlich für die Dauer von \_\_\_\_\_ erforderlich.
  - Die Maßnahme ist dauerhaft erforderlich, da keine Aussicht für eine Besserung des Krankheitsbildes besteht. Beantragt wird die Genehmigung für die Dauer von 2 Jahren.
  - Die Dauer der Maßnahme kann derzeit noch nicht abgesehen werden.
- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eine auf die Situation anwendbare Patientenverfügung liegt nicht vor.</li> <li><input type="checkbox"/> Die beigelegte Patientenverfügung ist anwendbar und erlaubt die Maßnahme.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Der aus der Anlage ersichtliche ermittelte mutmaßliche Wille erlaubt die Maßnahme.</li> <li><input type="checkbox"/> Ein mutmaßlicher Wille konnte nicht ermittelt werden.</li> </ul> |
|--|---|

Der betreute Mensch

- zeigt keine Einsicht in die Maßnahme;
- ist nicht in der Lage, den Sinn der Maßnahme zu erfassen und wirksam einzuwilligen.

Ein entsprechendes ärztliches Attest

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ist beigelegt.</li> <li><input type="checkbox"/> habe ich angefordert und wird Ihnen vom Arzt direkt übersendet.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> wird nachgereicht.</li> <li><input type="checkbox"/> kann von hier aus nicht veranlasst werden.</li> </ul> |
|---|--|

- Ich bitte, über die Sache im Wege der einstweiligen Anordnung zu entscheiden.  
Gründe für die Eilbedürftigkeit: \_\_\_\_\_

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
[Unterschrift]

Anlagen:

- Ärztliches Attest
- \_\_\_\_\_