Name:

Anschrift:

Telefon:

**Antrag auf Genehmigung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen**

Ich stelle beim Amtsgericht - Betreuungsgericht - Überlingen Antrag auf die Genehmigung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen **bei**

Name: Vorname:

wohnhaft:

derzeitiger Aufenthaltsort:

(wenn von Wohnort

abweichend)

Ich bin [ ]  rechtlicher Betreuer [ ]  Vorsorgebevollmächtigter (bitte unbedingt

 Vollmacht in Kopie beifügen)

und aufgrund dessen zur Einwilligung in freiheitsentziehende Maßnahmen für die betroffene Person befugt.

**Nur bei Vorsorgevollmacht**: Gibt es weitere Bevollmächtigte? [ ]  [ ]  nein

Wenn ja: Die Namen und Anschriften der anderen Bevollmächtigten lauten:

Wissen die anderen Bevollmächtigten von dem Antrag? [ ]  [ ]  nein

Sind diese damit einverstanden? [x]  [ ]  nein?

Folgende freiheitsbeschränkende Maßnahmen sollen angewendet werden:

[ ]  Hochschieben eines Bettgitters [ ]  Bauchgurt im Bett

[ ]  Festhalten auf dem Stuhl (z.B. mittels Gurt oder Therapietisch)

[ ]  Zimmereinschluss in der Zeit **von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Uhr **bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Uhr täglich

[ ]  regelmäßiger Zimmereinschluss als Time-Out Maßnahme **bis zu** \_\_\_\_\_\_ Minuten im Einzelfall

[ ]  sonstige Maßnahmen, nämlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D. Betroffene leidet an einer psychischen Erkrankung bzw. seelischen oder geistigen Behinderung, nämlich: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aufgrund dieser Erkrankung/Behinderung sind die genannten freiheitsentziehenden Maßnahmen erforderlich, weil

[ ]  d. Betroffene aufgrund seiner psychischen Erkrankung bzw. geistigen oder seelischen Behinderung orientierungslos und in unbeaufsichtigten Momenten weglaufgefährdet ist

[ ]  d. Betroffene aufgrund einer körperlichen Erkrankung/Behinderung erheblich sturzgefährdet ist und gleichzeitig wegen der psychischen Erkrankung bzw. Behinderung die Notwendigkeit der Freiheitsbeschränkung nicht versteht.

[ ]  aus sonstigen Gründen, nämlich um folgender konkreten Gefahr eines **erheblichen gesundheitlichen Schadens** zu begegnen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kurze Erläuterung, worauf diese Einschätzung beruht:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist d. Betroffene körperlich in der Lage - zumindest zu versuchen - aus dem Bett/Stuhl aufzustehen, also - zumindest in Ansätzen - einen natürlichen Fortbewegungswillen umzusetzen?

[ ]  [ ]  nein

Kann d. Betroffene die Notwendigkeit der Maßnahme einsehen?

[ ]  [ ]  nein

**Wenn ja**: Ist d. Betroffene mit der Maßnahme einverstanden? [ ]  [ ]  nein

Wie lange sind die freiheitsentziehenden Maßnahmen voraussichtlich notwendig?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden Arztes d. Betroffenen lauten:

Überlingen, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Unterschrift)