

Absender:

Name: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon/Fax: _____
 Handy-Nr.: _____
 E-Mail: _____

Ort, Datum

Amtsgericht
- Betreuungsabteilung -

(Straße)

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

(PLZ, Ort)

Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnanschrift (evtl. gegenwärtiger Aufenthaltsort in Klinik oder anderer Einrichtung) d. Betreuten

Aktenzeichen des Gerichts _____

Antrag auf Verlängerung einer unterbringungsähnlichen Maßnahme/Unterbringug

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem o.g. Verfahren beantrage ich die Verlängerung der mit Beschluss vom _____
vormundschaftsgerichtlich genehmigten

- unterbringungsähnlichen Maßnahme(n).
- geschlossenen Unterbringung.

Die Fortsetzung der Maßnahme ist erforderlich, weil die Gründe, die die Maßnahme bisher gerechtfertigt haben, weiter fortbestehen.

Die Maßnahme ist voraussichtlich weiter erforderlich für die Dauer von

- _____ Wochen.
- _____ Monaten.
- 2 Jahren.

D. Betreute ist

- mit der Maßnahme einverstanden.
- mit der Maßnahme nicht einverstanden.
- nicht in der Lage, den Sinn der Maßnahme zu erfassen und wirksam einzuwilligen.

D. Betreute

- ist in der Lage,
- ist nicht in der Lage,

sich willentlich fortzubewegen.

Ein entsprechendes ärztliches Attest

- ist beigelegt.
- wird nachgereicht.
- soll vom Gericht eingeholt werden.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift Betreuer/in)

(Unterschrift d. Betreuten)
(falls möglich)

Stempel des Arztes

Bei Stempel einer Gemeinschaftspraxis muss unbedingt der Name des unterzeichneten Arztes gut leserlich in Druckbuchstaben angegeben sein

(Name des Arztes in Druckbuchstaben)

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnanschrift (evtl. gegenwärtiger Aufenthaltsort in Klinik oder anderer Einrichtung) d. Betreuten

Zweck des Zeugnisses: Vorlage beim Vormundschaftsgericht zur Prüfung der Genehmigung auf Verlängerung einer unterbringungsähnlichen Maßnahme

D. Betroffene ist für die nachfolgend beschriebene(n) Maßnahme(n) derzeit

- einwilligungsfähig**
(Dann sind die Maßnahmen gegen den Willen d. Betroffenen nicht zulässig und nicht genehmigungsfähig)
- nicht einwilligungsfähig**

D. Betroffene ist zu einer willensgesteuerten Fortbewegung

- in der Lage**
- nicht in der Lage**
(z.B. aufgrund Bettlägerigkeit. Fehlt der konkrete Wille oder die Fähigkeit zur Fortbewegung, wirken die beabsichtigten Maßnahmen nicht freiheitsentziehend und sind nicht genehmigungsbedürftig! Ist unklar, ob ein Wille zur Fortbewegung vorhanden ist oder nicht, so muss dessen Vorhandensein angenommen werden.)

Aufgrund meiner Untersuchung gehe ich von folgender **Diagnose** aus:

- F00-F09** Organische, einschließlich symptomatisch psychische Störung(en)
- F10-F19** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanz(en)
- F20-F29** Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung
- F30-F39** Affektive Störung(en)
- F40-F49** Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störung(en)
- F50-F59** Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störung(en) und Faktor(en)
- F60-F69** Persönlichkeits- und Verhaltensstörung(en)
- F70-F79** Intelligenzminderung
- F80-F89** Entwicklungsstörung(en)
- F90-F98** Verhaltens- und emotionale Störung(en) mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99** nicht näher bezeichnete psychische Störung(en)

Beschreibung von Art und Ausmaß der Erkrankung:

Folgende freiheitsentziehende Maßnahmen i.S.d. § 1906 Abs. 4 BGB sind weiter zum Wohle d. Betroffenen über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig erforderlich:

Anbringung von Bettgitter
Fixierung im Stuhl
Fixierung im Bett
Elektronische Kontrolle
Sedierung
durch folgende Medikamente / Dosierung:

(Nur bei Verabreichung von Medikamenten/Psychopharmaka, wenn eine sedierende Wirkung nicht ausschließlich Nebenfolge, sondern zumindest auch neben anderen Zwecken beabsichtigt ist!)

Ohne diese Maßnahmen besteht die Gefahr, dass d. Betroffene sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt.

Es ist zu befürchten, dass d. Betroffene

sich beim Stürzen erheblich verletzt.
sich entfernt und orientierungs- und hilflos ist.
wegen starker Unruhezustände erhebliche gesundheitliche Schäden erleidet.

Ohne diese Maßnahme kann eine vorgesehene Heilbehandlung/Untersuchung nicht durchgeführt werden, nämlich _____

Die Maßnahme ist voraussichtlich

_____ Woche(n) / _____ Monat(e) erforderlich.
für weitere zwei Jahre oder länger erforderlich.

Der Sachverhalt des ärztlichen Zeugnisses und die gerichtlichen Entscheidungsgründe können d. Betroffenen

in vollem Umfang
nicht

bekannt gemacht werden.

Durch eine persönliche Anhörung durch den Richter sind

keine
erhebliche

Schaden oder Nachteile für die Gesundheit d. Betroffenen zu befürchten.

Ort, Datum

Unterschrift d. Arztes/Ärztin