

**Absender:**

Name: \_\_\_\_\_ Ort, Datum \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Amtsgericht  
- Betreuungsabteilung -

\_\_\_\_\_  
(Straße)

**Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen**

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Antrag auf Genehmigung einer unterbringungsähnlichen Maßnahme**

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem o.g. Verfahren bin ich zum Betreuer bestellt. Der Aufgabenkreis erstreckt sich u.a. auf das Aufenthaltsbestimmungsrecht und die Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen.

Für d. Betreute/n beantrage ich die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung folgender Maßnahmen:

- Anbringen von Bettgittern
  - 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!)

Die freiheitsentziehende Maßnahme ist erforderlich, um d. Betreute/n am Verlassen des Aufenthaltsortes zu hindern. Es besteht die Gefahr, dass er/sie sich ohne die beabsichtigte Fixierung erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, indem er/sie

aus dem Bett fällt.  beim Gehen stürzt.  aus dem Stuhl rutscht.

nachts in fremde Zimmer geht.  sich nachts in fremde Betten legt.

sein/ihr Zimmer verlässt und sich verirrt.

\_\_\_\_\_

Er/Sie ist bereits

aus dem Bett gefallen.

gestürzt.

aus dem Stuhl gerutscht.

Er/Sie hat sich bereits

Dabei hat er/sie sich verletzt, und zwar \_\_\_\_\_

Andere Möglichkeiten der Abwehr dieser Gefahren bestehen nicht.

Die Maßnahme ist voraussichtlich 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.

Ich teile mit, dass o.g. Maßnahme wegen Gefahr in Verzuge bereits durchgeführt wurde.

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 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 zum Wohle d. Betroffenen über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig erforderlich:

  
  
  
  

Anbringen von Bettgittern

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

  

für \_\_\_\_\_ Woche(n) / \_\_\_\_\_ Monat(e) erforderlich.

für 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

Nachteile für die Gesundheit d. Betroffenen zu befürchten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Arztes/Ärztin