
Vorname, Name

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Tel.-Nr.

Amtsgericht Augsburg
Am Alten Einlaß 1
86150 Augsburg

- Betreuungsgericht

Az.: _____

Betroffene/r: _____
Vorname, Name, Geburtsdatum des/der Betroffenen

Ich bitte, die Unterbringung des Betroffenen / der Betroffenen in/im

(Bezeichnung der Einrichtung)

Ich bitte, folgende freiheitsentziehende Maßnahmen

Bettgitter

Fixierung am Bett

5-Punkt

Fixierung am Stuhl/Rollstuhl

7-Punkt

Bauchgurt

Bauchgurt

Therapietisch

Handmanschetten

Sitzhose

Zeitweiser Einschluss

Sedierende Medikamente

im Zimmer (nächtlich)

im Zimmer (tagsüber)

im Stockwerk

im Haus

für die Dauer von _____

betreuungsgerichtlich zu genehmigen, weil die Gefahr besteht, dass er/sie sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt oder weil eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens notwendig ist.

Bislang wurden folgende Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen getestet

(Bitte alle durchgeführten Maßnahmen und deren Zeitraum auflisten, zum Beispiel: Kraft- und Balancetraining, Sicherung der Umgebung, Niederflurbetten, Protektoren, Antirutschsocken, RCN-Walker, Sensormatten, Antirutschmatten, Überprüfung von Seh- und Hörhilfen, Medikamentenumstellung)

Die erprobten Alternativen waren erfolglos, weil

(Begründung angeben)

Ohne die beabsichtigten Maßnahmen würde der Betroffene

Das ärztliche Zeugnis liegt bei

wird schnellstmöglich nachgereicht.

Ort, Datum

(Unterschrift)