

\_\_\_\_\_  
Vorname/Name Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort

**Amtsgericht Landshut**

**- Betreuungsgericht –**

**Maximilianstraße 22**

**84028 Landshut**

**Antrag auf Genehmigung einer mit Freiheitsentziehung verbundenen Unterbringung**

Als

rechtliche(r) Betreuer(in) mit dem Aufgabenbereich „Entscheidung über (eine mit Freiheitsentziehung verbundene) Unterbringung“ im Betreuungsverfahren

Az \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ beim Amtsgericht \_\_\_\_\_

schriftlich Bevollmächtigte(r), dessen Vollmacht die Entscheidung über eine freiheitsentziehende Unterbringung ausdrücklich umfasst

**beantrage ich zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden für**

Name, Vorname d. Betroffenen \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

**die Genehmigung der Unterbringung in der geschlossenen Abteilung:**

des Alten-/Pflegeheims \_\_\_\_\_

eines psychiatrischen Krankenhauses

einer sonstigen Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Soweit möglich, beantworte ich folgende Fragen:**

1. An welcher psychischen Erkrankung bzw. geistigen oder seelischen Behinderung leidet d. Betroffene?

---

---

2. Aus welchem Grund ist eine geschlossene Unterbringung erforderlich?

D. Betroffene ist noch zu einer willensgesteuerten Fortbewegung in der Lage.

\_\_\_\_\_

---

3. Besitzt d. Betroffene die natürliche Einsichtsfähigkeit zu verstehen, warum eine geschlossene Unterbringung notwendig ist?

Ja  Nein

Wenn ja: Ist er/sie mit der beantragten Maßnahme einverstanden?

Ja  Nein

4. Liegt aktuell eine Selbstgefährdung (z.B. Selbstmordabsicht) vor? Um kurze Schilderung wird gebeten.

---

---

---

---

---

---

**Ein ärztliches Attest, aus dem sich die Diagnose der Erkrankung, der Grund, warum d. Betroffene nicht selbst über die Maßnahme entscheiden kann, die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Unterbringung und ggf. die Dringlichkeit ergibt,**

liegt bei

wird umgehend nachgereicht

**(Hinweis: Der Arzt, der das ärztliche Zeugnis ausstellt, soll Arzt für Psychiatrie sein; er muss (nachweisbar) Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie haben.)**

kann nicht beigebracht werden. Das Gericht wird um Einholung des notwendigen Sachverständigengutachtens gebeten.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ (Ort) (Datum) (Unterschrift)