

Absender:

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße/Hausnummer	PLZ/Wohnort
_____	_____
Telefon privat	Telefon dienstlich

Amtsgericht Passau
 Betreuungsgericht
 Zengergasse 1
 94032 Passau

Antrag auf Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen

Als

- gesetzlicher Betreuer mit dem Wirkungskreis Aufenthaltsbestimmung und Gesundheitsfürsorge
- schriftlich Bevollmächtigter, dessen Vollmacht die Entscheidung über Maßnahmen, die mit Freiheitsentziehung verbunden sind, ausdrücklich umfasst
- Mitarbeiter des Krankenhauses/Heimes _____
- Privatperson, die bisher weder zum rechtlichen Betreuer bestellt wurde, noch eine ausreichende Vorsorgevollmacht besitzt (bitte Beziehung zum Betroffenen angeben, z.B. Vater, Mutter, Tochter, Sohn, Bekannter, behandelnder Arzt) _____

beantrage ich für:

_____	_____
Name	Vorname

Geburtsdatum	
_____	_____
Straße / Hausnummer	PLZ / Wohnort

eventuell abweichender aktueller Aufenthalt:	

voraussichtliche Dauer eines vorübergehenden Aufenthalts:	

die Genehmigung/Anordnung folgender freiheitsentziehender Maßnahme/n (z.B. Bettgitter, Vorsatzisch am Stuhl, Sitzhose):

und beantworte folgende Fragen, soweit möglich:

1.	<p>An welcher psychischen Erkrankung bzw. geistigen oder seelischen Behinderung leidet der/die Betroffene?</p> <hr/>
2.	<p>Aus welchem Grund ist die freiheitsentziehende Maßnahme erforderlich? Liegt aktuell eine Selbstgefährdung (z.B. Sturzgefahr) vor? Um kurze Schilderung der Umstände wird gebeten.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
3.	<p>Welche Alternativen zu einer freiheitsentziehenden Maßnahme wurden bisher mit welchem Erfolg geprüft?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
4.	<p>Besitzt der/die Betroffene die natürliche Einsichtsfähigkeit, um zu verstehen, warum die freiheitsentziehende Maßnahme notwendig ist? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja: Ist er/sie mit der beantragten Maßnahme einverstanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>(In diesem Fall ist keine Genehmigung notwendig)</p>
5.	<p>Ist der/die Betroffene in der Lage, das Bett / den Rollstuhl auf Grund willensgesteuerter Bewegungen zu verlassen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>(Ist das nicht der Fall, ist keine Genehmigung notwendig)</p>
<p>Ein ärztliches Attest, aus dem sich die Diagnose der Erkrankung, die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen und die Dringlichkeit ergibt</p> <p><input type="checkbox"/> liegt bei</p> <p><input type="checkbox"/> wird umgehend nachgereicht</p> <p><input type="checkbox"/> soll vom Gericht eingeholt werden</p>	
<hr/> <p>Name, Adresse, Telefonnummer, ggf. Facharztbezeichnung des behandelnden Arztes:</p>	

Im Downloadbereich der Internetseite des Amtsgerichts Passau für Betreuungsverfahren befindet sich auch ein **Merkblatt** für freiheitsentziehende Maßnahmen.
Auf dieses wird verwiesen.

Für Betreuer:

Bitte geben Sie das Geschäftszeichen des beim Amtsgericht Passau anhängigen Betreuungsverfahrens an ___ XVII ____ / ____ oder fügen Sie diesem Schreiben eine Kopie Ihres Betreuerausweises bei.

Für Bevollmächtigte:

Bitte fügen Sie diesem Schreiben eine Kopie der Vollmacht bei.

Für Personen, die lediglich als Privatperson oder im Auftrag eines Krankenhauses/Heims handeln:

(nur dann, wenn kein Betreuer bzw. Bevollmächtigter vorhanden oder erreichbar ist; ist dies der Fall, soll der Betreuer bzw. Bevollmächtigte unterschreiben)

Bitte fügen Sie diesem Anschreiben das Formblatt „Anregung einer Betreuung“ mit den entsprechenden Angaben bei, falls eine Betreuung noch nicht besteht oder eine ausreichende Vollmacht nicht erteilt wurde.

Sie finden das Formblatt im Downloadbereich für Betreuungsverfahren.

_____/_____
Ort/Datum

Unterschrift