

Faxantrag Betreuungsgericht zur Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen

An das

Amtsgericht Schweinfurt
- Betreuungsgericht -

Absender:

Fax-Nr. 09621-96241-4252 (Mo – Do 8.00 – 16.30 Uhr, Fr. 8.00 – 14 Uhr)
Fax-Nr. 09621-96241-4367 (außerhalb der vorgenannten Zeiten)

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

d. Betroffene (Name, Vorname, GebDatum, Anschrift)

☐ befindet sich derzeit auf der Station _____ (Durchwahl Station lautet: - _____).

☐ Frau/☐ Herr Dr. _____ (Vorname, Name, behandelnder Arzt) hat am _____._____._____ um _____ Uhr

☐ _____

angeordnet.

☐ muss geschlossen untergebracht werden.

Wir bitten um richterliche Genehmigung der erforderlichen Maßnahmen nach § 1831 Abs. I bzw. IV BGB.

<input type="checkbox"/> D. Betroffene besitzt die Fähigkeit zu einer von einem natürlichen Willen getragenen (Fort-) Bewegung (ist beispielsweise in der Lage, sich allein aus dem Bett zu bewegen; versucht, aufzustehen; macht bewusste Bewegungen). Die beantragte Maßnahme stellt also einen Freiheitsentzug dar.	<input type="checkbox"/> D. Betroffene ist derzeit aufgrund <input type="checkbox"/> eines Komas <input type="checkbox"/> _____ nicht in der Lage, einen natürlichen Bewegungswillen zu bilden (ist beispielsweise immobil, es handelt sich nur um Reflexe oder versehentliche Bewegungen). Die beantragte Maßnahme stellt also einen Schutz vor versehentlichem Herausfallen o.ä. dar, keinen Freiheitsentzug . <u>In diesem Fall ist keine gerichtliche Genehmigung erforderlich!!!</u>
---	---

Es wird folgende (vorläufige) **Diagnose(n)** gestellt:

Faxantrag Betreuungsgericht zur Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen

D. Betroffene ist – ggf. trotz seiner Erkrankung – in der Lage, Für und Wider der Maßnahme zu erfassen und selbst einzuwilligen, d.h. er/sie ist **einwilligungsfähig**:

☐ ja ☐ nein, weil _____

Falls ja: Die **Einwilligung** wurde durch d. Betroffene(n) erklärt: ☐ ja ☐ nein

Besteht ☐ **Vollmacht** ☐ Betreuung ☐ Ehegattennotvertretungsrecht?

☐ ja ☐ nein ☐ wird nachgereicht ☐ liegt bei

Name/Adresse:

Tel.:

Wichtig: Falls Vollmacht bereits vorhanden bitte ebenfalls übermitteln (Vollmacht für Unterbringung und/oder unterbringungsähnliche Maßnahmen)!

Betreuer/Bevollmächtigter/Ehegatte hat **Einverständnis** erklärt: ☐ ja ☐ nein

☐ Die beantragte Maßnahme ist aus ärztlicher Sicht erforderlich, um eine akut bestehende **Selbstgefährdung** abzuwenden.

Bei dem Patienten / der Patientin sind aufgrund

☐ _____

☐ _____

länger andauernde oder regelmäßig wiederkehrende freiheitsentziehende Maßnahmen medizinisch indiziert. Ohne die entsprechende freiheitsentziehende Maßnahme besteht die Gefahr der **erheblichen Selbstgefährdung** durch

☐ _____

☐ _____

Folgende **Maßnahmen** sind daher dringend notwendig:

<input type="checkbox"/>	Bettgitter	O beidseits	<input type="checkbox"/>	Tisch/Brett am Stuhl
<input type="checkbox"/>	Bauchgurt	O im Bett O im Stuhl	<input type="checkbox"/>	Drei-Punkt-Fixierung
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Fünf-Punkt-Fixierung (ständige 1:1 – Überwachung ist gewährleistet und Dokumentationspflicht wird eingehalten)

Folgende **weniger einschneidende Maßnahmen** (z.B. Handschuhe, Helm, Niederflurbett, geringfügigere Fixierung,...)- _____ -
waren erfolglos, weil _____

Faxantrag Betreuungsgericht zur Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen

Der Krankheitszustand und damit die notwendige freiheitsentziehende Maßnahme wird voraussichtlich _____

☐ **Tage** ☐ **Wochen**

☐ **dauerhaft**

andauern.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Ärztliche Unterschrift

gefaxt durch

Name des Arztes in Druckbuchstaben

Datum, Unterschrift