

Absender:

| | |
|-----------------------------|---------|
| Vorname, Name | |
| Straße, Haus-Nr. | |
| PLZ, Ort | |
| Telefon | Telefax |
| E-Mail (freiwillige Angabe) | |

An das Amtsgericht**– Betreuungsgericht –****Antrag auf Genehmigung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin die/der vom Betreuungsgericht bestellte Betreuerin/Betreuer für

 Herr Frau

| | |
|---|--------------|
| Name, Vorname der/des Betreuten | Geburtsdatum |
| Aktenzeichen/Geschäftsnummer des Amtsgerichts | |

In dieser Eigenschaft rege ich gemäß § 1906 Abs. 4 BGB nachfolgend genannte freiheitsentziehende Maßnahme für meine/meinen Betreute/n an und bitte um Genehmigung:

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Bett-Bauchgurt |
| <input type="checkbox"/> Bettgitter |
| <input type="checkbox"/> Stuhl-Bauchgurt |
| <input type="checkbox"/> Therapiestuhl |
| <input type="checkbox"/> Fixierung der Extremitäten am Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Fixierung der Extremitäten im Bett |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Diese freiheitsentziehende Maßnahme ist

| | | | | | | | | |
|---|----------------------|-----|----------------------|-------------|----------------------|-----|----------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> täglich von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr und von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr |
| <input type="checkbox"/> ständig | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> nur bei besonderen Unruhezuständen | | | | | | | | |

erforderlich.

Begründung:

| |
|--|
| |
|--|

Eine fachärztliche Stellungnahme von

| | |
|--|---------|
| Name, Vorname | Telefon |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | |
| Datum der Erstellung vom | |

aus der sich aus medizinischer Sicht die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahme/n und die vorliegende Erkrankung ergibt

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | liegt bei |
| <input type="checkbox"/> | liegt bereits vor |
| <input type="checkbox"/> | liegt nicht bei |
| <input type="checkbox"/> | wird nachgereicht bis zum <input type="text"/> |

Behandelnder Arzt der/des Betreuten:

| | |
|--|---------|
| Name, Vorname | Telefon |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | |

Eine hohe Dringlichkeit ist geboten?

| | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | nein |
| <input type="checkbox"/> | ja |

Falls ja, Begründung:

| |
|--|
| |
|--|

Mit freundlichen Grüßen

| |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

| |
|---|
| Unterschrift der/des Betreuerin / Betreuers |
|---|