

Absender:

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

An das Amtsgericht**– Betreuungsgericht –****Antrag auf Genehmigung einer freiheitsentziehenden Unterbringung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin die/der

 von Ihnen unter dem Aktenzeichen bestellte Betreuer/in

 vom Betreuungsgericht
 unter dem Aktenzeichen bestellte Betreuer/in

 durch in Kopie beigefügte Vollmacht der/des Betreuten beauftragte/r Bevollmächtigte/r

für

 Herr Frau

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

In dieser Eigenschaft rege ich gemäß § 1831 Abs. 1 und 2 BGB nachfolgend genannte freiheitsentziehende Unterbringung für meine/meinen Betreute/n an und bitte um Genehmigung:

 Unterbringung in der geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses

| | | |
|--------------------------------------|---------|--------|
| Name und Anschrift des Krankenhauses | | |
| Telefon | Telefax | E-Mail |

 Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung eines Alten-/Pflegeheimes

| | | |
|--|---------|--------|
| Name und Anschrift des Alten-/Pflegeheimes | | |
| Telefon | Telefax | E-Mail |

Diese Maßnahme ist

 für die Zeit vom bis
 auf Dauer

 für die Dauer von voraussichtlich mindestens und längstens

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 geschlossenen Unterbringung und die vorliegende Erkrankung ergibt

liegt bei.
 liegt bereits vor.
 liegt nicht bei.
 wird nachgereicht bis zum .

Behandelnder Arzt der/des Betreuten:

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

Eine hohe Dringlichkeit ist geboten?

nein
 ja

Falls ja, Begründung:

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

Sobald die Voraussetzungen für die freiheitsentziehende/n Maßnahme/n nicht mehr vorliegen, werde ich dies unverzüglich nach § 1831 Abs. 4 i. V. m. Abs. 3 BGB anzeigen.

| |
|---------------------------------------|
| Unterschrift der/des Bevollmächtigten |
|---------------------------------------|

Mit freundlichen Grüßen

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

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