Absender:

*Name, Vorname*

*Straße, Hausnummer*

*PLZ Ort*

Amtsgericht Mannheim

Betreuungsgericht

68149 Mannheim

Genehmigungsverfahren für:

 *Name und Geb.datum d. Betroffenen, ggf. Aktenzeichen*

Anschrift:

derzeitiger Aufenthalt:

[ ]  Ich habe die/den Betroffenen bereits seit  wegen Gefahr in Verzugs in folgender geschlossenen Einrichtung untergebracht:

Hiermit beantrage ich als

[ ]  Bevollmächtigte/r *(Kopie der Vollmacht bitte beilegen)*

[ ]  Betreuer/in

[ ]  die betreuungsgerichtliche Genehmigung

[ ]  die Verlängerung

der Unterbringung des Betroffenen in einer geschlossenen Abteilung

[ ]  eines Pflegeheims

[ ]  eines psychiatrischen Krankenhauses

für die Dauer von  .

[ ]  Den Antrag stelle ich nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt .

 *(bitte ggf. behandelnden Arzt genau aufführen)*

[ ]  Fachärztliches (neurologisches/psychiatrisches) Attest liegt bei

Die/der Betroffene leidet an folgender psychischen Krankheit / geistigen oder seelischen Behinderung:

Die Unterbringung ist erforderlich, weil:

*(bitte genau aufführen, welche Gefahren der/dem Betroffenen ohne Durchführung der Unterbringung drohen und warum diese nicht durch andere, weniger einschneidende Maßnahmen abgewendet werden können)*

[ ]  Die/der Betroffene ist mit dem Aufenthalt in der geschlossenen Einrichtung nicht einverstanden.

[ ]  Die/der Betroffene ist mit dem Aufenthalt in der geschlossenen Einrichtung einverstanden, aber aufgrund seiner Krankheit oder Behinderung ist er nicht in der Lage, eine wirksame Einwilligung zu erteilen.

Hinweis:

Die Maßnahme ist nicht genehmigungsbedürftig, wenn die/der Betroffene mit dem Aufenthalt in der geschlossenen Einrichtung einverstanden ist. Für die Wirksamkeit der Einwilligung ist nur die natürliche Einsichtsfähigkeit der/des Betroffenen bezüglich der Maßnahme Voraussetzung, nicht jedoch die Geschäftsfähigkeit der/des Betroffenen.

Die/der Betroffene ist in ärztlicher Behandlung bei:

(bitte Namen und genaue Anschrift des behandelnden Arztes angeben)

Behandelnder Psychiater/Neurologe ist:

(bitte ggf. Namen und genaue Anschrift des behandelnden Arztes angeben)

Datum Unterschrift