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 (falls abweichend):

Hiermit beantrage ich als

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

[ ]  Betreuer/in

[ ]  die betreuungsgerichtliche Genehmigung [ ]  die Verlängerung folgender freiheitsentziehender Maßnahme:

[ ]  Bettgitter

[ ]  Bauchgurt

[ ]  Rollstuhlgurt

[ ]

 *evtl. sonstige Maßnahme, bitte genau bezeichnen*

Die/der Betroffene leidet an folgender psychischer Krankheit / geistiger oder seelischer Behinderung:

Die freiheitsentziehende Maßnahme ist erforderlich, weil:

*(bitte genau aufführen, welche Gefahren der/dem Betroffenen ohne Durchführung der Maßnahme drohen)*

Hinweis:

Wenn mit der Maßnahme keine Freiheitsentziehung im Sinne des Gesetzes verbunden ist, ist die Genehmigung des Gerichts nicht erforderlich. Dies ist dann der Fall, wenn die/der Betroffene durch die Maßnahme nicht gehindert wird, sich willentlich fortzubewegen, weil er hierzu aufgrund körperlicher Gebrechen ohnehin nicht (mehr) in der Lage ist.

Die der/dem Betroffenen drohenden Gefahren können nicht anders abgewendet werden, weil:

*(bitte genau aufführen, warum die Gefahren nicht durch andere, die/den Betroffene/n weniger belastende Maßnahmen abgewendet werden können; in Betracht kommen etwa das Tieferlegen des Bettes zur Abwendung der Verletzungsgefahr bei Stürzen oder der Einsatz einer Klingelmatte)*

[ ]  Die/der Betroffene hat in die Maßnahme nicht eingewilligt.

[ ]  Die/der Betroffene hat in die Maßnahme eingewilligt, aber aufgrund seiner Krankheit oder Behinderung ist er nicht in der Lage, selbst über die Maßnahme zu entscheiden.

Hinweis:

Die Maßnahme ist nicht genehmigungsbedürftig, wenn die/der Betroffene in die Maßnahme einwilligt. 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 Psychiaters/Neurologen angeben)*

Diesen Antrag stelle ich in Absprache mit:

*(bitte verantwortliche Pflegekraft, Pflegedienstleitung, Heimleitung, Arzt o.ä. angeben)*

Datum Unterschrift