

An
Amtsgericht Ettlingen
Sternengasse 26
76275 Ettlingen
zu Geschäftsnummer:

Betreuer/Bevollmächtigter (Kopie d. Vollmacht ist beigelegt):	
Name
Anschrift
Telefon
FAX

XVII.....

Ich habe folgenden Hinweis gelesen:

Sicherungsmaßnahmen sind nicht allein deshalb genehmigungsbedürftig, weil sie der Abwehr der Gefahr dienen, die durch unwillkürliche Bewegungen, wie Herausfallen aus dem Bett oder Herausrutschen aus einem Stuhl, drohen. Genehmigungsbedürftig sind Sicherungsmaßnahmen, die sich als freiheitsentziehend darstellen.

Freiheitsentziehend sind Maßnahmen dann, wenn d. Betroffene gegen seinen natürlichen Willen daran gehindert wird, seinen jeweiligen Aufenthaltsort zu verlassen.

Keine Freiheitsentziehung liegt vor, wenn d. Betroffene wegen körperlicher Gebrechen (z.B. Lähmung, Schwächezustand) ohne die Hilfe anderer Personen nicht mehr aufstehen bzw. sich fortbewegen kann oder aufgrund geistiger Gebrechen (z.B. Bewußlosigkeit) zur Bildung eines natürlichen Willens im Hinblick auf eine Fortbewegung nicht mehr in der Lage ist.

Kann nicht sicher ausgeschlossen werden, ob eine Sicherungsmaßnahme freiheitsentziehend wirkt, ist sie nur mit Genehmigung zulässig.

Einwilligungsfähige Betroffene können selbst einwilligen. Genehmigung ist dann nicht erforderlich.

Ich beantrage für Herrn/Frau - gewöhnlicher Aufenthalt (Anschrift)

.....
die Genehmigung folgender Schutzmaßnahmen

- | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Seitenschutz am Bett | <input type="checkbox"/> zu den Liegezeiten | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> für _____ | <input type="checkbox"/> Stunden täglich |
| <input type="checkbox"/> Bettgitter | <input type="checkbox"/> zu den Liegezeiten | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> für _____ | <input type="checkbox"/> Stunden täglich |
| <input type="checkbox"/> Schutzdecke | <input type="checkbox"/> zu den Liegezeiten | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> für _____ | <input type="checkbox"/> Stunden täglich |
| <input type="checkbox"/> Bauchgurt im Bett | <input type="checkbox"/> zu den Liegezeiten | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> für _____ | <input type="checkbox"/> Stunden täglich |
| <input type="checkbox"/> Bauchgurt beim Sitzen | <input type="checkbox"/> außerhalb der Liegezeiten | <input type="checkbox"/> ständig | | <input type="checkbox"/> für _____ | <input type="checkbox"/> Stunden täglich |

Diese sind freiheitsentziehend, weil

- d. Betroffene sich noch willkürlich fortbewegen kann
- d. Betroffene noch einen eigenen natürlichen Willen zum Verlassen seines Aufenthalts bilden kann
- nicht sicher ausgeschlossen werden kann, daß die Maßnahme freiheitsentziehend wirkt
- d. Betroffene selbst nicht wirksam in die Maßnahme eingewilligt hat

Datum / Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten: _____

Antrag des Betreuers oder Bevollmächtigten auf Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen - nur bei bestehender Betreuung verwenden. Ist kein Betreuer bestellt oder keine wirksame Vollmacht erteilt, muß das Formular Anregung einer Betreuung verwendet werden.

Ärztliches Zeugnis

Datum der letzten Untersuchung:

D. Betroffene leidet unter

Dies hat folgende Auswirkungen auf das Verhalten d. Betroffenen:

D. Betroffenen drohen daher folgende Gefahren:

- Zum Schutz d. Betroffenen sind folgende Schutzmaßnahmen geboten:
- | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Seitenschutz am Bett | <input type="checkbox"/> zu den Liegezeiten | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> für _____ | Stunden täglich |
| <input type="checkbox"/> Bettgitter | <input type="checkbox"/> zu den Liegezeiten | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> für _____ | Stunden täglich |
| <input type="checkbox"/> Schutzdecke | <input type="checkbox"/> zu den Liegezeiten | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> für _____ | Stunden täglich |
| <input type="checkbox"/> Bauchgurt im Bett | <input type="checkbox"/> zu den Liegezeiten | <input type="checkbox"/> nachts | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> für _____ | Stunden täglich |
| <input type="checkbox"/> Bauchgurt beim Sitzen | <input type="checkbox"/> außerhalb der Liegezeiten | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> für _____ | <input type="checkbox"/> für _____ | Stunden täglich |

Voraussichtliche Dauer der Notwendigkeit der Schutzmaßnahmen:

Alternativen zur Abwendung der Gefahren:

Die Sicherungsmaßnahmen hindern d. Betroffene(n) an der sonst möglichen Fortbewegung ja nein

D. Betroffene kann sich noch willkürlich fortbewegen ja nein

D. Betroffene kann noch einen natürlichen Willen zum Verlassen seines Aufenthaltsorts bilden ja nein

Es kann sicher ausgeschlossen werden, daß die Maßnahme freiheitsentziehend wirkt ja nein

D. Betroffene kann selbst wirksam in die Maßnahme einwilligen ja nein

Die Schutzmaßnahmen sind daher nicht freiheitsentziehend freiheitsentziehend

Anschrift/Stempel des Arztes:

Datum:

Unterschrift: