

Name, Anschrift der antragstellende Person

Ich bin telefonisch erreichbar unter:

---

An das  
Amtsgericht  
-Betreuungsgericht-  
Hangbaumstr. 19  
32257 Bünde

Name der/des Betroffenen, wohnhaft/aufhältig

### Antrag auf Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen für

(Name, Geburtsdatum der betroffenen Person)

---

Es wird beantragt, folgende freiheitsentziehende Maßnahmen zu genehmigen:

- Bettgitter
- Fixierung im Sitz (Bauchgurt, Vorsatztisch o. ä.)
- Bauchgurt/Fixierung im Bett
- andere Maßnahmen:

Folgende alternative Sicherungsmittel sind geprüft worden:

Ein ärztliches Zeugnis, aus dem sich unter Angabe einer Diagnose die Notwendigkeit der Maßnahme ergibt,

- ist diesem Schreiben beigelegt.
- wird umgehend nachgereicht.
- 

\_\_\_\_\_ gez. \_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift)

**Ärztliches Zeugnis  
zur Vorlage beim Betreuungsgericht**

Für  
geboren am  
wohnhaft/aufhältlich:

halte ich den Einsatz von Sicherungsmittel, die mit Freiheitsentziehung verbunden sind, für erforderlich.

Die/Der Betroffene befindet sich in meiner ärztlichen Behandlung seit dem: \_\_\_\_\_

Die/Den Betroffene/n habe ich zuletzt untersucht am: \_\_\_\_\_

**Diagnose:**

---

---

---

Aufgrund dieser Krankheit/Behinderung besteht für die/den Betroffene/n die Gefahr, sich selbst erheblichen gesundheitlichen Schaden zuzufügen, weil sie/er

- infolge ihrer körperlichen Gebrechlichkeit stürzt und sich verletzt.
- sich im Zustand der Verwirrtheit durch unvorhersehbares selbstgefährdendes Verhalten verletzt.
- durch nicht willensgesteuerte Bewegungen aus dem Bett oder vom Sitzplatz fällt und sich dabei verletzt.

Diese Einschätzung beruht auf folgenden Vorfällen/Umständen:

---

---

**Notwendigkeit der Maßnahme/n:**

*(Beispiel für mildere einsetzbare Mittel: Niedrigflurbett, Fallschutzmatte, Sensormatte, Hüftprotektoren, geteiltes bzw. halbes Bettgitter, Pflegedecke etc.)*

Weniger eingeschränkte Möglichkeiten, dieser Gefahr zu begegnen, sind auch nach Beratung mit dem Betreuer/der Betreuerin/dem Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten sowie nach Beratung mit dem Pflegepersonal nicht zu finden bzw. nicht ausreichend weil,

---

---

---

---

Aus medizinischer Sicht halte ich zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden folgende Maßnahme/n für erforderlich:

<input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> während der Bettruhezeiten <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Bauchgurt (im Bett) <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> während der Bettruhezeiten <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Im Rollstuhl/Stuhl/Sessel: <input type="checkbox"/> Gurt/Therapietisch <input type="checkbox"/> Sitzhose <input type="checkbox"/> _____  <input type="checkbox"/> tagsüber <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> während der Bettruhezeiten	<input type="checkbox"/> sonstige Maßnahme/n: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Der Patient vermag die Einwilligung in die Verwendung solcher freiheitsbeschränkender Maßnahmen nicht selbst zu geben, weil

- mit ihr keine geordnete Verständigung mehr möglich ist.
- sie die Notwendigkeit krankheitsbedingt nicht immer versteht.
- sie die Notwendigkeit krankheitsbedingt nicht einsieht.
- \_\_\_\_\_

Eine Überprüfung der weiteren Notwendigkeit dieser Maßnahme/n ist frühestens wieder nach \_\_\_\_\_ Monat/en angezeigt.

(Die Genehmigung für freiheitsbeschränkende Maßnahmen darf maximal für 24 Monate erteilt werden.)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel)

Bei Gemeinschaftspraxen: Bitte den Namen des **unterzeichnenden Arztes leserlich dokumentieren!**