Abs. _____

_____

_____

_____

_____

Amtsgericht Cottbus
Betreuungsgericht
Thiemstraße 130

03048 Cottbus

Antrag auf Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen

☐ Erstantrag ☐ Antrag auf Verlängerung

Betroffene/r:

Familienname, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift		
☐ Heimbewohner		
☐ Kurzzeitpflege	geplant von:	geplant bis:
Name, Anschrift der Einrichtung		Telefonnummer
Name, Anschrift des Hausarztes		Telefonnummer
Name, Anschrift des Facharztes für		Telefonnummer

Antragsteller/in:

Familienname, Vorname					Telefonnummer	
Anschrift						
☐ Betreuer						
☐ Bevollmächtigter (bitte Kopie der Vollmacht beilegen)						
☐ Angehöriger						

Angaben zum Betroffenen:

Der Betroffene kann in die freiheitsenziehende Maßnahmen wirksam einwilligen:			
☐ Ja	☐ Nein	☐ ist uneinsichtig	
Der Betroffene unternimmt willentlich zielgereichtet den Versuch das Bett/ den Rollstuhl zu verlassen:			
Aus dem Bett	☐ Ja	☐ Nein	
Aus dem Rollstuhl	☐ Ja	☐ Nein	
Ist in der Lage das Bettgitter zu überwinden	☐ Ja	☐ Nein	
Der Betroffene ist nur mit Hilfe in der Lage sich fortzubewegen:			
Aus dem Bett	☐ Ja	☐ Nein	
Aus dem Rollstuhl	☐ Ja	☐ Nein	

Zum Schtz des Betroffenen beantrage ich folgende freiheitsenziehnde Maßnahmen für die Dauer: (geplante Zeiten der Maßnahme z.B. Mittagsruhe)	Von:	Bis:
☐ Bettgitter		
☐ Fixierung im Bett		
☐ Bauchgurt im Rollstuhl		
☐ Rollstuhl		
☐ Sitzhose		
☐ Sedierung durch Medikamente		
☐ Andrere Maßnahmen		
Die angeregte Maßnahme ist notwenig. Die konkrete Selbstgefährung besteht:		

Es gab bereits Stürze/ Verletzunge. Zuletzt: (bitte unbedingt ausfüllen)

Zur Verhinderung freiheitsenziehender Maßnahmen stehen folgende Hilfsmittel zur Verfügung:
☐ Niedrigbettpflege
☐ Fallschutz mit oder ohne Sensoren
☐ Hüftprotektoren
☐ Kopfschutz
☐ akustischer Signalgeber
Die vorhandnenen Hilfsmittel werden nicht eingesetzt, weil

Sonstige wichtige Hinweise/ Bemerkungen:

☐ Kopie des Antrages an die zuständige Betreuungsbehörde ist erfolgt

_____ ,den _____

_____
(Unterschrift des Antragstellers)

Formularfelder leeren