|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vorname, Name  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Straße, Hausnummer  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PLZ, Ort  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tel-Nr. |
| Amtsgericht Biberach an der Riß Betreuungsgericht -Unterbringung-  Alter Postplatz 4 88400 Biberach |

**Ggf. Aktenzeichen zum Betreuungs- oder Unterbringungsverfahren:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bitte,

die folgende/n freiheitsentziehende/n Maßnahme/n

die Verlängerung der folgenden freiheitsentziehenden Maßnahme/n

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fixierung am Bett**   * 5-Punkt * 7-Punkt * Bauchgurt * Handmanschetten | **Fixierung am Stuhl/Rollstuhl**   * Bauchgurt * Sitzhose * Therapietisch * Brett | **Fixierung der Extremitäten**  **Anbringen eines Bettgitters**  **Transponder/Demenzuhr** |
| **Zeitweiser Einschluss**   * im Zimmer (nächtlich) * im Zimmer (tagsüber) * im Stockwerk * im Haus | **Sonstiges:** |  |

für die/den Betroffenen   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**(Name, Vorname, geb., derzeitige Anschrift)**

betreuungsgerichtlich zu genehmigen, weil die Gefahr besteht, dass sie sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt oder weil eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens notwendig ist.

***Gleichzeitig entbinde ich hiermit die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht.***

***Name und Anschrift des Hausarztes:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anlage: Kopie Betreuerausweis oder Generalvollmacht**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort, Datum (Unterschrift)