Name:

Anschrift:

Telefon:

**Antrag auf Genehmigung einer freiheitsentziehenden Unterbringung**

Ich stelle beim Amtsgericht - Betreuungsgericht - Überlingen Antrag auf die Genehmigung der freiheitsentziehenden Unterbringung **von**

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

wohnhaft:

derzeitiger Aufenthaltsort:

(wenn von Wohnort

abweichend)

Ich bin [ ]  rechtlicher Betreuer [ ]  Vorsorgebevollmächtigter (bitte unbedingt

 Vollmacht in Kopie beifügen)

und aufgrund dessen zur Einwilligung in freiheitsentziehende Maßnahmen für die betroffene Person befugt.

**Nur bei Vorsorgevollmacht**: Gibt es weitere Bevollmächtigte? [ ]  [ ]  nein

Wenn ja: Die Namen und Anschriften der anderen Bevollmächtigten lauten:

Wissen die anderen Bevollmächtigten von dem Antrag? [ ]  [ ]  nein

Sind diese damit einverstanden? [x]  [ ]  nein?

D. Betroffene leidet an einer psychischen Erkrankung bzw. seelischen oder geistigen Behinderung, nämlich

Aufgrund dieser Erkrankung ist eine freiheitsentziehende Unterbringung erforderlich, weil

[ ]  ansonsten die Gefahr besteht, dass d. Betroffene sich selbst tötet oder erhebli-

 chen gesundheitlichen Schaden zufügt

[ ]  zur Abwendung eines drohenden **erheblichen** gesundheitlichen Schadens eine

 Heilbehandlung notwendig ist, die ohne die Freiheitsentziehung nicht durchgeführt

 werden kann.

Kurze Erläuterung, worauf diese Einschätzung beruht:

D. Betroffene kann aufgrund der Erkrankung/ Behinderung die Notwendigkeit der Maßnahme nicht einsehen.

Die Unterbringung soll in folgender Einrichtung stattfinden

[ ]  psychiatrische Klinik

[ ]  geschlossenes Alten- und Pflegeheim

[ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie lange ist die freiheitsentziehende Unterbringung voraussichtlich notwendig?

Steht bereits fest, in welcher konkreten Einrichtung d. Betroffene untergebracht werden soll?

[ ]  [ ]  nein

Wenn ja: Name und Anschrift der Einrichtung

Befindet sich d. Betroffene bereits in der Einrichtung?

[ ]  [ ]  nein

Wenn ja: Name und Telefonnummer des zuständigen Ansprechpartners in der Einrichtung bzw. des behandelnden Arztes in der Klinik lauten:

Wenn nein: Steht bereits ein Aufnahmedatum fest?

[ ]  [ ]  nein

ggf. wann?

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

 (Unterschrift)