

Antragsteller*in:

(Vollständiger Name d. (künftigen) Betreuer*in bzw. d. Vorsorgebevollmächtigten)

(Anschrift)

(Telefonnummern, Mobil + Festnetz)

(ggfls. TelefaxNr. oder E-Mail-Adresse)

An das

Amtsgericht Gelnhausen
Philipp-Reis-Straße 9

63571 Gelnhausen

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

per Telefax: **0611 32 761 80 71** oder per Mail: **betreuung@ag-gelnhausen.justiz.hessen.de**

Geschäftsnummer: _____ **XVII** _____ / _____ (falls bekannt)

In dem Betreuungsverfahren für
Frau / Herrn

wohnhaft:

Aufenthalt z.Zt. :

(Bitte vollständigen Namen, Wohnanschrift, Geburtsdatum und gegenwärtigen Aufenthaltsort d. Betroffenen angeben)

Hiermit erkläre ich als

- Betreuer*in (Falls Sie nicht vom AG Gelnhausen bestellt sind, bitte eine Kopie Ihres Betreuerausweises beifügen)
- künftige*r Betreuer*in (Falls Sie noch nicht als Betreuer*in bestellt sind, bitte gleichzeitig einen Antrag auf Einrichtung einer Betreuung stellen)
- Vorsorgebevollmächtigte*r (Falls Sie eine Vorsorgevollmacht haben, bitte eine Kopie beifügen)

dass ich in die unten angekreuzte Unterbringung bzw. freiheitsentziehende Maßnahmen eingewilligt habe und beantrage die Genehmigung durch das Betreuungsgericht von

- einer Unterbringung in einem beschützenden (geschlossenen) Wohn- bzw. Pflegeheim für die Dauer von _____ Jahren (bis zu 2 Jahre).
- einer Unterbringung in einem geschlossenen psychiatrischen Krankenhaus für die Dauer von _____ Wochen (bis zu sechs Wochen).
- folgenden freiheitsentziehenden Maßnahmen für die Dauer von _____ Wochen (bis zu sechs Wochen).
 - Anbringung von Bettgittern
 - Anlegen eines Bauch-Schritt-Gurtes /einer Sitzhose / eines Hosenträgergurtes im Rollstuhl
 - Anbringen eines Stecktisches am Rollstuhl
 - 5-Punkt-Fixierung im Bett (Bauch-Schritt-Gurt und Fixierung beider Hände und beider Beine)
 - 3-Punkt-Fixierung im Bett (Bauch-Schritt-Gurt und Fixierung einer Hand und eines Beins)
 - Fixierung der Hände der Beine
- die Genehmigung von Zimmereinschluss zur Abwendung einer körpernahen Fixierung und zur Reizabschirmung für die Dauer von _____ Wochen (bis zu sechs Wochen).

(Datum und Unterschrift)