

**Absender:**

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| Vorname, Name               |         |
| Straße, Haus-Nr.            |         |
| PLZ, Ort                    |         |
| Telefon                     | Telefax |
| E-Mail (freiwillige Angabe) |         |

**An das Amtsgericht**

**– Betreuungsgericht –**

**Antrag auf Genehmigung einer geschlossenen Unterbringung**

BUS

Sehr geehrte Damen und Herren,  
 ich bin die/der vom Betreuungsgericht bestellte Betreuerin/Betreuer für

Herr  Frau

|   |              |
|---|--------------|
| Name, Vorname der/des Betreuten               | Geburtsdatum |
| Aktenzeichen/Geschäftsnummer des Amtsgerichts |              |

In dieser Eigenschaft rege ich gemäß § 1906 Abs. 4 BGB nachfolgend genannte geschlossene Unterbringung für meine/meinen Betreute/n an und bitte um Genehmigung:

Unterbringung in der geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses

|                                      |         |        |
|--------------------------------------|---------|--------|
| Name und Anschrift des Krankenhauses |         |        |
| Telefon                              | Telefax | E-Mail |

Unterbringung in einer beschützenden Abteilung eines Alten-/Pflegeheimes

|  |         |        |
|--|---------|--------|
| Name und Anschrift des Alten-/Pflegeheimes |         |        |
| Telefon                                    | Telefax | E-Mail |

Diese Maßnahme ist

für die Zeit vom  bis

auf Dauer

für die Dauer von voraussichtlich mindestens  und längstens

erforderlich.

Begründung:

|  |
|--|
|  |
|--|

Eine fachärztliche Stellungnahme von

|  |         |
|--|---------|
| Name, Vorname                          | Telefon |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) |         |
| Datum der Erstellung<br>vom            |         |

aus der sich aus medizinischer Sicht die Notwendigkeit der geschlossenen Unterbringung und die vorliegende Erkrankung ergibt

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | liegt bei                                      |
| <input type="checkbox"/> | liegt bereits vor                              |
| <input type="checkbox"/> | liegt nicht bei                                |
| <input type="checkbox"/> | wird nachgereicht bis zum <input type="text"/> |

Behandelnder Arzt der/des Betreuten:

|  |         |
|--|---------|
| Name, Vorname                          | Telefon |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) |         |

Eine hohe Dringlichkeit ist geboten?

|                          |      |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | nein |
| <input type="checkbox"/> | ja   |

Falls ja, Begründung:

|  |
|--|
|  |
|--|

Mit freundlichen Grüßen

|            |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

|   |
|---|
| Unterschrift der/des Betreuerin / Betreuers |
|---|

BUS