

<b>Absender</b>	Name, Vorname		
	ggf. Institution		
	Straße, HsNr.		
	PLZ, Ort		
	Telefon	Festnetz:	Mobil:
	E-Mail		

An das  
**Amtsgericht Aschaffenburg**  
 - Abteilung für Familiensachen –  
**Schloßplatz 7**  
**63739 Aschaffenburg**

Das Formular kann auch  
 per **Fax** an das Amts-  
 gericht gesendet werden:  
 06021- 3982000

## Antrag zur gerichtlichen Genehmigung einer freiheitsentziehenden Maßnahme

für die Dauer von bis zu:

- a.  6 Wochen
- b.  6 Monaten
- c.  1 Jahr

für folgende Person

<b>Betroffener</b>	Name, Vorname	
	Geburtsdatum	
	Name der Ein- richtung, Straße, HsNr. PLZ, Ort	
	in der Einrich-	
	Heimatadresse d. Betroffenen	

D. Kind/Jugendliche leidet an einer psychischen Krankheit, einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung, nämlich:

Grad der Behinderung:

- D. Betr. ...  ist in der Lage ihren/seinen **Willen** kund zu tun.  
 ist **nicht** in der Lage ihren/seinen **Willen** kund zu tun.  
 kann **nicht sprechen** / besitzt kein Sprachverständnis.  
 kann **nicht schreiben**.  kann **nicht lesen**.  
 kann sich **fortbewegen**.  sich **nicht fortbewegen**.

- D. Betr. ...  kann nur kurze Strecken (ggf. mit Hilfe) bewältigen.  
 ist in allen Bereichen des täglichen Lebens auf die Hilfe angewiesen.  
 verhält sich voraussichtlich aggressiv.

Sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

Der behandelnde Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -psychotherapie ist:

Name	
Straße, HsNr.	
PLZ, Ort	
Telefon	

**Ein fachärztliches Attest liegt diesem Antrag bei.**

**Die Eltern sind :**

	Name, Vorname, Geburtsdatum	Adresse (Straße, HsNr., PLZ, Ort), Telefonnummer / Handy, e-mail;	
<b>1</b>			
<b>2</b>			

- Sorgerecht:** a.  **gemeinsam**  
b.  **alleinig bei**  **Mutter** /  **Vater**  
c.  **in Teilbereichen : Ergänzungspfleger:**

**d. anstelle d. Eltern →Vormund:**

## **Art der freiheitsentziehende Maßnahme/n**

### **a.) mechanische Vorrichtungen:**

Verschluss des Zimmers

Fixierung an :      Bett      Tisch      (Roll-)Stuhl

sonstige Verhinderung Verlassen d. Aufenthaltsortes:

Dauer der Maßnahme:

Therapeutischer Zweck:

### **b.) Medikamente:**

Genaue Bezeichnung:

Dosis:

Dauer der Maßnahme:

Therapeutisches Ziel:

### **c.) Freiheitsentzug auf andere Weise:**

Dauer der Maßnahme:

Therapeutisches Ziel:

Die mit Freiheitsentziehung verbundene unterbringungsähnliche Maßnahme/n ist/sind zum Wohle d. Kindes/Jugendliche dringend erforderlich, da ohne diese Maßnahme eine erhebliche Selbstgefährdung des Kindes oder Fremdgefährdung durch das Kind vorliegen würde, welcher auf

weniger schwerwiegende Weise *nicht begegnet* werden kann,

weil:

**D. Sorgeberechtigte ordnet die o.a. freiheitsentziehende/n Maßnahme/n an.**

Es besteht besondere **Eilbedürftigkeit**, weil:

Sonstiges:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (en) des/der Sorgeberechtigten