

An das Amtsgericht Freising
- Familiengericht -
Domberg 20
85354 Freising

Antrag auf Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen für ein minderjähriges Kind

(Der Antrag ist vollständig und in Zusammenarbeit von Einrichtung und den Sorgeberechtigten auszufüllen und von allen Sorgeberechtigten zu unterschreiben)

Name des Kindes:	
Geburtstag:	
Wohnort bzw. gewöhnlicher Aufenthalt:	
Name der Einrichtung:	
Seit wann/wie lange geplant in der Einrichtung:	
Telefonische Durchwahl der Station der Einrichtung:	

Name der Mutter:	
Adresse:	
Telefon:	
Sorgeberechtigt:	☐ ja ☐ nein
Die Mutter ist mit der Maßnahme einverstanden und beantragt die Genehmigung:	☐ ja ☐ nein

Name des Vaters:	
Adresse:	
Telefon:	
Sorgeberechtigt:	☐ ja ☐ nein
Der Vater ist mit der Maßnahme einverstanden und beantragt die Genehmigung:	☐ ja ☐ nein

Es besteht eine Vormundschaft oder Ergänzungspflegschaft:	☐ ja ☐ nein	Aktenzeichen Amtsgericht:
Name:		
Adresse:		
Telefon:		
Der Vormund / Ergänzungspfleger ist mit der Maßnahme einverstanden und beantragt die Genehmigung:	☐ ja ☐ nein	

Gemäß § 1631b Abs. 2 BGB bitte(n) ich (wir) folgende freiheitsentziehenden Maßnahmen zu genehmigen:

- ☐ Gurt am Stuhl
- ☐ Tisch/Brett am Stuhl
- ☐ Time-Out-Raum
- ☐ Zeitweises Versperren der Zimmertür
- ☐ Bettgitter
- ☐ Bauchgurt im Bett
- ☐ 3-Punkt-Fixierung
- ☐ 5-Punkt-Fixierung
- ☐ Fixierung folgender Extremitäten:
- ☐ _____

Die Maßnahme ist erforderlich

- ☐ täglich in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr
- ☐ ständig

Beschreibung der Situation:

Folgende Alternativen wurden getestet:

Die Alternativen waren erfolglos, weil

Eine Abwägung von Schaden und Nutzen der beantragten Freiheitsentziehung wurde vorgenommen.

Möglicher Schaden durch die Maßnahme:

Möglicher Nutzen durch die Maßnahme:

Der Nutzen überwiegt, weil

Das Kind kann sich zur beabsichtigten Freiheitsentziehung äußern: ☐ ja ☐ nein

Eine Fallbesprechung mit ☐ Mutter ☐ Vater und folgenden Beteiligten

hat stattgefunden am _____

Sonstiges:

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum / Unterschrift Mutter

Ort, Datum / Unterschrift
Vormund od. Ergänzungspfleger

Ort, Datum / Unterschrift Vater

Ort, Datum / Unterschrift
Verantwortlicher der Einrichtung

Ärztliche Stellungnahme zur beantragten Freiheitsentziehung:

Letzter Untersuchungstermin: _____

Aus medizinischer Sicht ist die vorgesehene Freiheitsentziehung

☐ notwendig, weil _____

☐ nicht notwendig

☐ Diagnose (psychische Krankheit bzw. geistige oder seelische Behinderung):

Das Kind ist ☐ einwilligungsfähig ☐ nicht einwilligungsfähig

Voraussichtliche Dauer der Maßnahme: _____

Weitere Bemerkungen:

Der/die sachverständige Person ist

☐ Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder

☐ in Fragen der Heimerziehung ausgewiesener

☐ Psychotherapeut ☐ Psychologe ☐ Pädagoge ☐ Sozialpädagoge

Ort, Datum / Unterschrift sachverständige Person und Namensstempel