

Antrag bei freiheitsentziehenden Maßnahmen bei einer minderjährigen Person

Amtsgericht Ingolstadt

- Familiengericht -

Neubaustraße 8

85049 Ingolstadt

vorab per Fax: +49 9621 96241-1578

Hinweis: Eine Antragstellung per E-Mail ist nicht zulässig!

Vorbemerkung und Informationen:

Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Minderjährigen (wie beispielsweise Bettgitter, Gurte oder verschlossene Time-Out-Räume) bedürfen neben der **Zustimmung der Sorgeberechtigten** auch einer **familienrichterlichen Genehmigung**, § 1631b Abs. 2 BGB), wenn sich der Minderjährige **in einer „Einrichtung“** befindet (z.B. Heim, Krankenhaus, Kindergarten Förderschule).

Zuständig ist in der Regel das Amtsgericht des Ortes, an dem der/die Minderjährige seinen regelmäßigen Aufenthalt hat, d.h. dauerhaft wohnt.

Genehmigungspflichtig sind Maßnahmen, die **über einen längeren Zeitraum** (Faustformel: wenn absehbar ist, dass die Maßnahme nach Ablauf des auf den Beginn der Maßnahme folgenden Tages noch notwendig ist) **oder regelmäßig** (d.h. wenn sich bestimmte Situationen wiederholen) angewendet werden.

Nicht genehmigungspflichtig sind

- Maßnahmen im **privaten häuslichen Bereich**.
- Freiheitsentziehungen **„in alterstypischer Weise“** (z.B. Gitterbetten bei Säuglingen und Sicherungsgurte in Kinderwägen bei Kleinkindern)

Gemäß § 1631b Abs. 2 BGB beantragt/en die/der Sorgeberechtigte(n) freiheitsentziehende Maßnahmen zu genehmigen:

Name, Vorname des Kindes:	_____
Geburtsdatum:	_____
Wohnadresse bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort:	_____ _____
Einrichtung, in der die Maßnahme/n angewendet werden sollen:	Name und Adresse der Einrichtung: _____ _____

Fachliche Stellungnahme/Attest

1. Folgende Maßnahme wird aus fachlicher Sicht für notwendig erachtet:

	Time-Out-Raum		3-Punkt-Fixierung		5-Punkt-Fixierung
	Bauchgurt im Bett		Gurt am Stuhl		Tisch/Brett am Stuhl
	geschlossenes Bettgitter		Zimmereinschluss		Sonstige nachfolgend beschriebene Maßn.

O Medikamentengabe zur **gezielten** Unterbindung des Bewegungsdrangs/ Weglaufdrangs (ohne heilende, angstlösende oder palliative Indikation).

Medikament/ Wirkstoff:	
Dosierung	

2. Die Maßnahme ist zum Wohl des Kindes,

	insbesondere zur Abwehr einer erheblichen Selbstgefährdung
	insbesondere zur Abwehr einer erheblichen Fremdgefährdung
	aus sonstigen Gründen des Kindeswohls

erforderlich, weil (konkrete Gefahrenbeschreibung):

3. Die Maßnahme ist voraussichtlich notwendig:

	bis zu ____ Wochen (Eilantrag : max. 6 Wochen mit Verlängerungsoption)
	langfristig (Hauptsacheentscheidung bis 6 Monate bzw. bis zu 1 Jahr)

4. Die Maßnahme ist erforderlich

	täglich in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr
	ständig
	in folgender Situation (konkrete Situationsbeschreibung erforderlich): _____ _____

5. Der Gefahr kann nicht auf andere Weise begegnet werden:

Folgende Alternativen wurden erörtert (Stichpunkte genügen): _____ _____
Die Alternativen scheiden aus, weil _____ _____
Eine Abwägung von Schaden und Nutzen der beantragten Freiheitsentziehung wurde vorgenommen. Der Nutzen überwiegt, weil _____ _____

Ort, Datum

Name des Sachverständigen: _____

telefonische Erreichbarkeit zur Rücksprache: _____

Der/die Sachverständige ist

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
oder

in Fragen der Heimerziehung ausgewiesener

Psychotherapeut Psychologe Pädagoge Sozialpädagoge

Bestätigung durch Sachverständigen-Unterschrift und ggfs. Stempel

Ergänzungen zur Notwendigkeit der Maßnahme/n:

Weitere Erklärungen werden derzeit nicht abgegeben. Für den Fall, dass noch Angaben bzw. Beweisangebote für erforderlich oder sachdienlich erachtet werden, wird um einen entsprechenden richterlichen Hinweis gebeten.

Das Sorgerecht für das Kind ist wie folgt geregelt:

Das Sorgerecht für das Kind ist wie folgt geregelt:

gemeinsame elterliche Sorge

alleinige elterliche Sorge von: _____

Ergänzungspflegschaft besteht (Az. _____ beim Amtsgericht _____)
mit folgenden Wirkungskreisen: Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung,

Vormundschaft besteht (Az. _____ beim Amtsgericht _____)

D. gesetzliche Vertreter/in ist mit d. Maßnahme/n einverstanden und beantragt die Genehmigung:

Name, Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
tagsüber telefonisch erreichbar wie folgt:	_____
Wohnadresse bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort:	_____ _____
Sorgeberechtigung/ elterliche Sorge	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Entbindung des behandelnden Arztes gegenüber dem Gericht von der ärztlichen Schweigepflicht.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein vollständiger Name des Arztes/der Ärztin: _____

Ort, Datum

Unterschrift der genannten Person

D. gesetzliche Vertreter/in ist mit d. Maßnahme/n einverstanden und beantragt die Genehmigung:

Name, Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
tagsüber telefonisch erreichbar wie folgt:	_____
Wohnadresse bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort:	_____ _____
Sorgeberechtigung/ elterliche Sorge	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Entbindung des behandelnden Arztes gegenüber dem Gericht von der ärztlichen Schweigepflicht.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein vollständiger Name des Arztes/der Ärztin: _____

Ort, Datum

Unterschrift der genannten Person