

Antrag auf Genehmigung der Unterbringung einer minderjährigen Person gemäß § 1631 Abs. 1 BGB

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:

Bitte halten Sie bei angedachter Unterbringung eines minderjährigen Kindes Rücksprache mit der Einrichtung, welche die übliche Aufnahmeeinrichtung im Amtsgerichtsbezirk Ingolstadt ist und welche Ihnen auch das benötigte ärztliche Attest ausstellen kann:

Kliniken St. Elisabeth, KJPP
Müller-Gnadeneegg-Weg 4
86633 Neuburg/Do.
Tel. 08431/54-0 (Patienteninformationszentrum)

Gemäß § 1631b Abs. 1 BGB beantragt/en die/der Sorgeberechtigte(n) die Unterbringung des Kindes 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: _____ _____

Ich bitte, die Unterbringung meines Kindes in der oben genannten Einrichtung für vorläufig **6 Wochen** / _____ (*anderer Zeitraum, kleiner als 6 Wochen*) zu **genehmigen**.

Hinweis:

Es ist eine einmalige Verlängerung der Unterbringung um weitere 6 Wochen möglich. Eine sich anschließende dauerhafte Unterbringung kann im Behandlungsverlauf geprüft werden. Nach Rücksprache mit der Unterbringungseinrichtung sind die entsprechenden Anträge von den sorgeberechtigten Eltern rechtzeitig zu stellen.

Die Unterbringung ist erforderlich, weil

Das ärztliche Attest: liegt bei
 wird schnellstmöglich nachgereicht.

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