

Absender	Name, Vorname		
	ggf. Institution		
	Straße, HsNr.		
	PLZ, Ort		
	Telefon	Festnetz:	Mobil:
	e-mail		

An das
Amtsgericht Obernburg
- Abteilung für Familiensachen –
Römerstraße 89 63785 Obernburg

Das Formular kann auch
per **Fax** an das Amts-
gericht gesendet werden:
06022 628-209

Anregung zur gerichtlichen Genehmigung einer freiheitsentziehenden Maßnahme

Ich rege an, für die Dauer von:

a. _____ Wochen

b. **6 Monaten**

oder c. **1 Jahr**

für folgende Person

Betroffener	Name, Vorname	
	Geburtsdatum	
	Name der Einrichtung, Straße, HsNr. PLZ, Ort	
	in der Einrichtung seit	
	Heimatadresse d. Be- troffenen	

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 ist:

Name	
Straße, HsNr.	
PLZ, Ort	
Telefon	

Ein ärztliches Attest liegt dieser Anregung bei.

Die Eltern sind:

	Name, Vorname, Geburtsdatum	Adresse (Straße, HsNr., PLZ, Ort), Telefonnummer / Handy, e-mail;	(Verwandtschafts-) Verhältnis z. Betr.
1			
2			

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 er/sie sich ohne diese Maßnahme eine erhebliche Kindeswohlgefährdung oder Selbst-/Fremdgefährdung durch das Kind vorliegen würde, welche 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
sämtlicher Sorgeberechtigten