

zu Az: .... F \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fax-Nr. AG Obernburg: 06022 628-209

Amtsgericht Obernburg  
- Abteilung für Familiensachen –  
Römerstraße 89    **63785 Obernburg**

Arztstempel o. Absender *in Druckschrift*:

## Ärztliches Zeugnis

**über die Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen für d. Patienten/in:**

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Einrichtung, in der d. Jugendliche/Kind lebt)

\_\_\_\_\_  
**(Sorgeberechtigte Eltern: Vorname, Name**    (ODER: eingesetzter Vormund/Ergänzungspfleger)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift von Eltern/Vormund/Pfleger)

1. **Diagnose:** D. Patient/in leidet an \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. **Erforderliche freiheitsentziehende Maßnahme/n** (über altersgerechte Beeinträchtigungen hinaus):

### a.) mechanische Vorrichtungen:

Verschluss des Zimmers

Fixierung Bett/Tisch/(Roll-)Stuhl

sonstige Verhinderung Verlassen d Aufenthaltsortes: \_\_\_\_\_

Dauer:     nur selten, unregelmäßig und kurzfristig (an weniger als 3 nacheinanderfolgenden Tagen)

regelmäßig notwendig – auf Dauer – täglich oder in Abständen von .....

sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

**b.) Medikamente:**

Genauere Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Dauer:  nur selten, unregelmäßig und kurzfristig (an weniger als 3 nacheinanderfolgenden Tagen)

regelmäßig notwendig – auf Dauer – täglich oder in Abständen von .....

sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

Therapeutisches Ziel: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dauer:  nur selten, unregelmäßig und kurzfristig (an weniger als 3 nach einander folgenden Tagen)

regelmäßig notwendig – auf Dauer – täglich oder in Abständen von .....

sonstige Angaben: \_\_\_\_\_

Therapeutisches Ziel: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Fortbewegungswillen** (bitte in jedem Fall ausfüllen):

Die o.a. Maßnahme hindert d. Betroffenen seinen/ihren natürlichen Fortbewegungswillen zu betätigen, auch wenn sich dieser Wille nur durch (erfolglose) Versuche des Aufstehens, Gehens, Kriechens oder Robbens zeigen sollte.

ODER:

- D. Betroffene ist nicht in der Lage, sich selbständig fort zu bewegen, weil er/sie
  - sich im Koma oder einem vergleichbaren Zustand befindet
  - krankheitsbedingt zur freien Willensbildung nicht in der Lage ist
  - krankheitsbedingt bewegungsunfähig ist. Er/Sie kann weder alleine aufstehen, noch gehen, nicht einmal kriechen oder robben.

Die Maßnahme/n sind erforderlich zur Sicherung des Kindeswohls und anders nicht abwendbar, weil:

---

---

---

---

---

**Dauer der Maßnahme:**

\_\_\_\_\_ Wochen (bis zu 6 Wochen)

oder \_\_\_\_\_ Monate

oder 1 Jahr (bei offensichtlich langer Sicherungsbedürftigkeit)

=> bitte gesondert begründen:

---

---

---

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Arztes und Telefonnummer des Arztes)