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

Das Formular kann auch per **Fax** an das Amtsgericht gesendet werden:
+499621962412635

An das
Amtsgericht Schwabach
- Abteilung für Familiensachen –
Weißenburger Straße 8
91126 Schwabach

Anregung zur gerichtlichen Genehmigung einer freiheitsentziehenden Maßnahme

Ich rege an, für die Dauer von:

☐ _____ **Wochen**
☐ **6 Monaten**
☐ **1 Jahr**

für folgende Person

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

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 für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -psychotherapie ist:

Name	
Straße, HsNr.	
PLZ, Ort	
Telefon	

Ein fachärztliches 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: ☐ gemeinsam

☐ alleinig bei …. Mutter / Vater

☐ **in Teilbereichen : Ergänzungspfleger:** _____

_____

d. anstelle d. Eltern è 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

Arztstempel o. Absender *in Druckschrift:*
—

Amtsgericht Schwabach
- Abteilung für Familiensachen –
Weißenburger Straße 8
91126 Schwabach

Das Formular kann auch per **Fax** an das Amtsgericht gesendet werden:
+499621962412635

zu Az: …. F _____ / ___

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:

Genaue 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)

☐ _____ Monate

☐ 1 Jahr (bei offensichtlich langer Sicherungsbedürftigkeit) **=> bitte gesondert begründen):**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ , den _____
(Ort) *(Datum)*

_____
(Unterschrift des Arztes und Telefonnummer des Arztes)

Zustimmung des/ der Sorgeberechtigten

Die Mutter ist mit der Maßnahme einverstanden und beantragt die Genehmigung:

Name der Mutter:
Adresse:
Telefon:
Sorgeberechtigt: O ja O nein
Unterschrift, Datum

Der Vater ist mit der Maßnahme einverstanden und beantragt die Genehmigung:

Name des Vaters:
Adresse:
Telefon:
Sorgeberechtigt: O ja O nein
Unterschrift, Datum:

Falls eine Vormundschaft oder Ergänzungspflegschaft für Gesundheitssorge/Aufenthaltsbestimmung besteht:

Aktenzeichen Amtsgericht:
Name des Vormunds/Pflegers:
Adresse:
Telefon:
Unterschrift, Datum