



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.
<b>1</b>			
<b>2</b>			

- Sorgerecht:**  gemeinsam
- alleinig bei .... Mutter / Vater
- 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

Arztstempel o. Absender *in Druckschrift*:

—

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

Das Formular kann auch  
per **Fax** an das Amts-  
gericht gesendet werden:  
09122-1807-202

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:**

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)

\_\_\_\_\_ 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: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Unterschrift, Datum

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

Name des Vaters:
Adresse:
Telefon:
Sorgeberechtigt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Unterschrift, Datum:

**Falls eine Vormundschaft oder Ergänzungspflegschaft für Gesundheitssorge/Aufenthaltsbestimmung besteht:**

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