

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 →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