

**Antragsteller = Sorgerechtsinhaber**

(Mutter/Vater oder Vormund/Ergänzungspfleger)

(*bitte in Druckschrift*):

---

---

---

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

**Antrag auf gerichtliche Genehmigung der angeordneten  
freiheitsentziehenden Maßnahme**

Az: \_\_\_\_\_

---

(Kind/Jugendliche: Vorname, Name, Geburtsdatum)

---

(Anschrift der Einrichtung)

---

(Telefonnummer der Einrichtung

und d. Sorgeberechtigten )

## Art der freiheitsentziehenden 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:

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

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

Dauer der Maßnahme: \_\_\_\_\_

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

Wirkung: \_\_\_\_\_

### 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, welcher auf weniger schwerwiegende Weise *nicht begegnet* werden kann,

weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift/-en der Sorge berechtigten Eltern (oder –soweit eingesetzt- Vormund bzw Pfleger)*

Arztstempel o. Absender *in Druckschrift*:

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

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

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 nacheinander folgenden 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: <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 Gesundheitspflege/Aufenthaltsbestimmung besteht:**

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