

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