

Arztstempel o. Absender *in Druckschrift*:

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 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 nacheinander folgenden 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)