

An das Amtsgericht Augsburg
- Familiengericht -
(Fax: 3105-2542)

Antrag auf Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen für ein minderjähriges Kind

(Der Antrag ist **vollständig** und in Zusammenarbeit von Einrichtung und den Sorgeberechtigten auszufüllen und von **allen** Sorgeberechtigten zu unterschreiben)

Name des Kindes:	
Geburtstag:	
Wohnort bzw. gewöhnlicher Aufenthalt:	
Name der Einrichtung:	
Seit wann/wie lange geplant in der Einrichtung:	
Telefonische Durchwahl der Station der Einrichtung:	

Name der Mutter:	
Adresse:	
Telefon:	
Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Mutter ist mit der Maßnahme einverstanden und beantragt die Genehmigung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Name des Vaters:	
Adresse:	
Telefon:	
Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Der Vater ist mit der Maßnahme einverstanden und beantragt die Genehmigung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Es besteht eine Vormundschaft oder Ergänzungspflegschaft:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aktenzeichen Amtsgericht:
Name:		
Adresse:		
Telefon:		
Der Vormund / Ergänzungspfleger ist mit der Maßnahme einverstanden und beantragt die Genehmigung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Gemäß § 1631b Abs. 2 BGB bitte(n) ich (wir) folgende freiheitsentziehenden Maßnahmen zu genehmigen:

- Gurt am Stuhl
- Tisch/Brett am Stuhl
- Time-Out-Raum
- Zeitweises Versperren der Zimmertür
- Bettgitter
- Bauchgurt im Bett
- 3-Punkt-Fixierung
- 5-Punkt-Fixierung
- Fixierung folgender Extremitäten:
- _____

Die Maßnahme ist erforderlich

- täglich in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr
- ständig

Beschreibung der Situation:

Folgende Alternativen wurden getestet:

Die Alternativen waren erfolglos, weil

Eine Abwägung von Schaden und Nutzen der beantragten Freiheitsentziehung wurde vorgenommen.

Möglicher Schaden durch die Maßnahme:

Möglicher Nutzen durch die Maßnahme:

Der Nutzen überwiegt, weil

Das Kind kann sich zur beabsichtigten Freiheitsentziehung äußern: ja nein

Eine Fallbesprechung mit Mutter Vater und folgenden Beteiligten

hat stattgefunden am _____

Sonstiges:

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum / Mutter

Ort, Datum / Vater

Ort, Datum / Vormund od. Ergänzungspfleger

Ort, Datum / Verantwortlicher der Einrichtung

Ärztliche Stellungnahme zur beantragten Freiheitsentziehung:

Letzter Untersuchungstermin: _____

Aus medizinischer Sicht ist die vorgesehene Freiheitsentziehung

notwendig, weil _____

nicht notwendig

Diagnose (psychische Krankheit bzw. geistige oder seelische Behinderung):

Das Kind ist einwilligungsfähig nicht einwilligungsfähig

Voraussichtliche Dauer der Maßnahme: _____

Weitere Bemerkungen:

Der/die sachverständige Person ist

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder

in Fragen der Heimerziehung ausgewiesener

Psychotherapeut Psychologe Pädagoge Sozialpädagoge

Ort, Datum / Sachverständige Person und Namensstempel