

**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