

zu Az: F _____ / _____

Fax-Nr. AG Würzburg: 0931/381-2265

Amtsgericht Würzburg
- Abteilung für Familiensachen –
Ottostr. 5 **97070 Würzburg**

Arztstempel o. Absender *in Druckschrift*:

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:

Genau 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 (erfolgreiche) 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)

oder _____ Monate

oder 1 Jahr (bei offensichtlich langer Sicherungsbedürftigkeit)

=> bitte gesondert begründen:

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift des Arztes und Telefonnummer des Arztes)