

Antrag auf Genehmigung der Unterbringung eines Minderjährigen gemäß § 1631 Abs. 1 BGB

Amtsgericht Ingolstadt
- Familiengericht -
Neubaustraße 8
85049 Ingolstadt

Fax 0841/312-334

Vorbemerkung und Hinweis:

Bitte halten Sie bei angedachter Unterbringung eines minderjährigen Kindes Rücksprache mit der Einrichtung, welche die übliche Aufnahmeeinrichtung im Amtsgerichtsbezirk Ingolstadt ist und welche Ihnen auch das benötigte **ärztliche Attest** ausstellen kann:

Kliniken St. Elisabeth, KJPP

Müller-Gnadeneegg-Weg 4

86633 Neuburg/Do.

Tel. 08431/54-0 (Patienteninformationszentrum)

Gemäß § 1631b Abs. 1 BGB beantragt/en die/der Sorgeberechtigte(n) die Unterbringung des Kindes zu genehmigen:

Name des Kindes:	
Geburtstag:	
Wohnadresse bzw.	

gewöhnlicher Aufenthaltsort:	
Einrichtung, in der die Maßnahmen angewendet werden sollen: Name und Adresse:	

Ich bitte, die Unterbringung meines Kindes in der oben genannten Einrichtung zu **genehmigen**

für vorläufig **6 Wochen** / _____ (anderer Zeitraum, kleiner als 6 Wochen).

Hinweis:

Es ist eine einmalige Verlängerung der Unterbringung um weitere 6 Wochen möglich. Eine sich anschließende dauerhafte Unterbringung kann im Behandlungsverlauf geprüft werden. Nach Rücksprache mit der Unterbringungseinrichtung sind die entsprechenden Anträge von den sorgeberechtigten Eltern rechtzeitig zu stellen.

Die Unterbringung ist erforderlich, weil

Das ärztliche Attest liegt bei
o wird schnellstmöglich nachgereicht.

Das Sorgerecht für das Kind ist wie folgt geregelt:

- Gemeinsame elterliche Sorge
- Alleinige elterliche Sorge von: _____
- Ergänzungspflegschaft für Gesundheitssorge/Aufenthaltsbestimmung besteht
- Vormundschaft besteht

Die Mutter ist mit der Maßnahme einverstanden und beantragt die Genehmigung:

Name der Mutter:		
Adresse:		
Telefon:		
Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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:		

**Die Eltern entbinden den behandelnden Arzt _____
gegenüber dem Gericht von der ärztlichen Schweigepflicht.**

Unterschrift, Datum:

**Falls eine Vormundschaft oder Ergänzungspflegschaft für
Gesundheitssorge/Aufenthaltsbestimmung besteht:**

Aktenzeichen Amtsgericht:
Name des Vormunds/Pflegers
Adresse:
Telefon:
Unterschrift, Datum:

Hinweis: Keine Antragstellung per E-Mail