

An das Amtsgericht Augsburg

- Familiengericht -

(Fax: 09621 / 9624 – 14074)

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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Maßnahme Einverstanden und beantragt die Genehmigung:	
----------------------------------------------------------	--

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