

# Antrag bei freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Minderjährigen

Amtsgericht Kelheim  
- Familiengericht -  
Klosterstraße 6  
93309 Kelheim

Fax +499621962413581

## Vorbemerkung und Hinweis:

**Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Minderjährigen** (wie beispielsweise Bettgitter, Gurte oder verschlossene Time-Out-Räume) bedürfen neben der **Zustimmung der Sorgeberechtigten** auch einer **familiengerichtlichen Genehmigung**, § 1631b Abs.2 BGB), wenn sich der Minderjährige **in einer „Einrichtung“** befindet (z.B. Heim, Krankenhaus, Kindergarten Förderschule).

Zuständig ist in der Regel das Amtsgericht des Ortes, an dem der/die Minderjährige seinen regelmäßigen Aufenthalt hat, d.h. dauerhaft wohnt.

Genehmigungspflichtig sind Maßnahmen, die **über einen längeren Zeitraum** (Faustformel: wenn absehbar ist, dass die Maßnahme nach Ablauf des auf den Beginn der Maßnahme folgenden Tages noch notwendig ist) **oder regelmäßig** (d.h. wenn sich bestimmte Situationen wiederholen) angewendet werden.

**Nicht genehmigungspflichtig** sind

- Maßnahmen im **privaten häuslichen Bereich**.
- Freiheitsentziehungen „**in alterstypischer Weise**“ (z.B. Gitterbetten bei Säuglingen und Sicherungsgurte in Kinderwägen bei Kleinkindern)

Gemäß § 1631b Abs. 2 BGB beantragt/en die/der Sorgeberechtigte(n)  
freiheitsentziehende Maßnahmen zu genehmigen:

<b>Name des Kindes:</b>	
<b>Geburtstag:</b>	
<b>Wohnadresse bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort:</b>	
<b>Einrichtung, in der die Maßnahmen angewendet werden sollen: Name und Adresse:</b>	

## Fachliche Stellungnahme/Attest

1. Folgende Maßnahme wird aus fachlicher Sicht für notwendig erachtet:

	Time-Out-Raum		3-Punkt-Fixierung		5-Punkt-Fixierung
	Bauchgurt im Bett		Gurt am Stuhl		Tisch/Brett am Stuhl
	geschlossenes Bettgitter		Zimmereinschluss		Sonstige nachfolgend beschriebene Maßn.

Medikamentengabe zur **gezielten** Unterbindung des Bewegungsdrangs/  
Weglaufdrangs (ohne heilende, angstlösende oder palliative Indikation).

Medikament/ Wirkstoff:	
Dosierung	

2. Die Maßnahme ist zum Wohl des Kindes,

	insbesondere zur Abwehr einer erheblichen Selbstgefährdung
	insbesondere zur Abwehr einer erheblichen Fremdgefährdung
	aus sonstigen Gründen des Kindeswohls

**erforderlich**, weil (konkrete Gefahrenbeschreibung):

3. Die Maßnahme ist voraussichtlich notwendig:

	bis zu ____ Wochen (Eilantrag: max. 6 Wochen mit Verlängerungsoption)
	langfristig (Hauptsacheentscheidung bis 6 Monaten, bzw. bis zu 1 Jahr)

## 4. Die Maßnahme ist erforderlich

	täglich in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr
	ständig
	in folgender Situation ( konkrete Situationsbeschreibung erforderlich)

## 5. Der Gefahr kann nicht auf andere Weise begegnet werden:

Folgende Alternativen wurden erörtert (Stichpunkte genügen):
Die Alternativen scheiden aus, weil
Eine Abwägung von Schaden und Nutzen der beantragten Freiheitsentziehung wurde vorgenommen. Der Nutzen überwiegt, weil

Datum

**Fachliche Bestätigung**  
**durch Sachverständigen-Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Name des Sachverständigen:

telefonische Erreichbarkeit zur Rücksprache:

**Der/die Sachverständige ist**

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie  
 oder

in Fragen der Heimerziehung ausgewiesener

Psychotherapeut  Psychologe  Pädagoge  Sozialpädagoge

**Das Sorgerecht für das Kind ist wie folgt geregelt:**

- Gemeinsame elterliche Sorge
- Alleinige elterliche Sorge von: \_\_\_\_\_
- Ergänzungspflegschaft für Gesundheitsorge/Aufenthaltsbestimmung besteht
- Vormundschaft besteht

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

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