

Antrag auf Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen bei Minderjährigen

Amtsgericht Aichach
- Familiengericht -
Schlossplatz 9
86551 Aichach

Fax 08251/894-167

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

Name des Kindes:	
Geburtstag:	
Wohnadresse bzw. gewöhnlicher Aufenthaltort:	
Einrichtung, in der die Maßnahmen angewendet werden sollen: Name und Adresse:	

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 Maßnahme

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

Zustimmung des/ der Sorgeberechtigten**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:		

Falls eine Vormundschaft oder Ergänzungspflegschaft für Gesundheitssorge/Aufenthaltsbestimmung besteht:

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