

Stempel d. Arztes/Ärztin

Amtsgericht _____

- Betreuungsgericht -

Aktenzeichen: _____

Ärztliches Zeugnis

Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnanschrift (evtl. gegenwärtiger Aufenthaltsort in Klinik oder anderer Einrichtung)
d. Patient/in:

Zweck des Attestes:

Vorlage beim Betreuungsgericht zur Prüfung

☐ der Anordnung einer (vorläufigen) Betreuung

☐ der Verlängerung einer Betreuung bei offensichtlich unveränderter Betreuungsbedürftigkeit

☐ einer freiheitsentziehenden Maßnahme (Bettgitter u. ä.)

☐ einer mit Freiheitsentziehung verbundenen Unterbringung

Aufgrund meiner Untersuchungen leidet mein Patient/meine Patientin an einer

- ☐ Krankheit
- ☐ Behinderung

Ich gehe von folgender **Diagnose** aus:

- ☐ hirnorganisches Psychosyndrom
- ☐ Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis
- ☐ senile Demenz
- ☐ geistige Behinderung: _____
- ☐ _____

Mein Patient benötigt Unterstützungsbedarf, weil er seine Angelegenheiten rechtlich (ganz oder teilweise) nicht mehr besorgen kann.

- | | |
|---|--|
| <p>☐ Schwierigkeiten dürften im Bereich der</p> <p style="margin-left: 20px;">☐ Gesundheitssorge</p> <p style="margin-left: 20px;">☐ Grundstücksangelegenheiten</p> <p style="margin-left: 20px;">☐ Entscheidung über eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung</p> <p style="margin-left: 20px;">☐ Bestimmung des gewöhnlichen Aufenthalts im Ausland</p> <p style="margin-left: 20px;">☐ Entscheidung über Telekommunikation einschließlich der elektronischen Kommunikation</p> <p style="margin-left: 20px;">☐ Behörden-, Renten- und andere Sozialleistungsangelegenheiten</p> <p style="margin-left: 20px;">☐ Ausländerrechtliche Angelegenheiten</p> | <p>☐ Vermögenssorge</p> <p>☐ Aufenthaltsbestimmung</p> <p>☐ Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen (§ 1831 BGB)</p> <p>☐ Bestimmung des Umgangs</p> <p>☐ Entscheidung über die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten der Post</p> <p>☐ Arbeitsrechtliche Angelegenheiten</p> <p>☐ Familienrechtliche Angelegenheiten</p> |
|---|--|

- | | |
|---|--|
| ☐ Nachlassangelegenheiten | ☐ Versicherungsangelegenheiten |
| ☐ Organisation der ambulanten Versorgung | ☐ Wohnungsangelegenheiten |
| ☐ Angelegenheiten bezüglich stationärer Wohneinrichtungen | ☐ Geltendmachung von Rechten d. Patienten gegenüber seinem Bevollmächtigten |
| ☐ Geltendmachung von Auskunfts- und Rechenschaftsansprüchen d. Patientin gegenüber Dritten | ☐ Einwilligungsvorbehalt für |
| ☐ _____ | |
| ☐ _____ | |

bestehen.

- ☐ Ich rege die Einrichtung einer Betreuung an.
- ☐ Ich rege an, die bestehende Betreuung für weitere 7 Jahre unverändert zu verlängern.
- ☐ Bei der Verlängerung um 7 Jahre halte ich folgenden ☐ geänderten ☐ zusätzlichen Unterstützungsbedarf für erforderlich:

- ☐ Ich rege an, d. Betroffenen geschlossen im Krankenhaus **unterzubringen**.
- ☐ D. Betroffene bedarf dringend ärztlicher Behandlung, die wegen der fehlenden Krankheits-einsicht ohne geschlossene Unterbringung nicht erfolgen kann. Ohne ärztliche Behandlung besteht eine erhebliche Gefährdung d. Betroffenen.
- ☐ Es besteht die Gefahr, dass d. Betroffene sich tötet oder sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt.
- ☐ Dies ergibt sich aus folgenden Feststellungen:

- ☐ Ich rege an, für d. Betroffenen ☐ weiterhin folgende **freiheitsentziehende Maßnahme(n)** zu genehmigen:
- | | |
|---|--|
| ☐ Bettgitter | ☐ Gurt am (Roll-)stuhl |
| ☐ Bauchgurt im Bett | ☐ Tisch am (Roll-)stuhl |
| ☐ Fünf-Punkt-Fixierung | ☐ _____ |
| ☐ Sieben-Punkt-Fixierung | ☐ _____ |
- ☐ Diese Maßnahme(n) ist/sind notwendig, weil
- ☐ aufgrund des körperlichen Zustandes die Gefahr der Eigenverletzung durch Sturz oder unkontrollierte Bewegungen besteht.
- ☐ d. Betroffene allein nicht mehr gehfähig ist.
- ☐ _____
- ☐ Das Einverständnis zu dieser(n) Maßnahme(n)
- ☐ wurde vom Betreuten ausdrücklich verweigert.
- ☐ kann der Betreute nicht selbst erklären, da ihm die hierfür erforderliche (natürliche) Einsichtsfähigkeit fehlt.
- ☐ Diese Maßnahme(n) ist/sind dauerhaft erforderlich.
- ☐ Diese Maßnahme(n) ist/sind voraussichtlich bis zum _____ erforderlich, weil

Der letzte Untersuchungstermin war am _____

- ☐ D. Betroffene konsultiert mich als Hausarzt/Facharzt seit _____

_____, _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift – bitte deutlich lesbar oder Namensstempel)