

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nachlassangelegenheiten | <input type="checkbox"/> Versicherungsangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Organisation der ambulanten Versorgung | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Angelegenheiten bezüglich stationärer Wohneinrichtungen | <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Rechten d. Patienten gegenüber seinem Bevollmächtigten |
| <input type="checkbox"/> Geltendmachung von Auskunfts- und Rechenschaftsansprüchen d. Patientin gegenüber Dritten | <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt für |
| <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

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 Krankheitseinsicht 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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bettgitter | <input type="checkbox"/> Gurt am (Roll-)stuhl |
| <input type="checkbox"/> Bauchgurt im Bett | <input type="checkbox"/> Tisch am (Roll-)stuhl |
| <input type="checkbox"/> Fünf-Punkt-Fixierung | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Sieben-Punkt-Fixierung | <input type="checkbox"/> _____ |

- ☐ 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)