

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.

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

- Nachlassangelegenheiten
- Organisation der ambulanten Versorgung
- Angelegenheiten bezüglich stationärer Wohneinrichtungen
- Geltendmachung von Auskunfts- und Rechenschaftsansprüchen d. Patientin gegenüber Dritten
- _____
- _____

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:
 - Bettgitter
 - Bauchgurt im Bett
 - Fünf-Punkt-Fixierung
 - Sieben-Punkt-Fixierung
 - Gurt am (Roll-)stuhl
 - Tisch am (Roll-)stuhl
 - _____

 - 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)