

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
 - Gesundheitsorge
 - 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

- | | |
|---|--|
| <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)