

Ärztliches Zeugnis zur Bestellung einer Betreuerin bzw. eines Betreuers

Herr/Frau

geboren am

wohnhaft

leidet an den folgenden psychischen Krankheiten oder geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderungen [Bitte Diagnosen oder Hauptsymptome angeben!]:

.....
.....
.....
.....

Deswegen kann der/die Betroffene aus ärztlicher Sicht die folgenden Angelegenheiten nicht selbst besorgen:

- ☐ Vermögensangelegenheiten
- ☐ Behördenangelegenheiten
- ☐ allgemeine Gesundheitsfürsorge
- ☐ psychiatrische Gesundheitsfürsorge
- ☐ Aufenthaltsangelegenheiten
- ☐ Wohnungsangelegenheiten
- ☐ Heimangelegenheiten
- ☐

Kann der/die Betroffene die Entscheidungen in den bezeichneten Angelegenheiten noch selbst nach vernünftigen Erwägungen treffen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Besteht die Gefahr, dass der/die Betroffene durch eigenes rechtsgeschäftliches Handeln in oben genannten Angelegenheiten seiner/ihrer Person oder seinem/ihrer Vermögen Schaden zufügt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, weil

.....
.....
.....

Stimmt der/die Betroffene der Betreuerbestellung zu?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Er/Sie kann sich nicht dazu nicht äußern.

Ein Wegfall der Betreuungsbedürftigkeit ist

- ☐ in einem Zeitraum von bis zu erwarten.
☐ in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.
☐ zeitlich nicht einzuschätzen.

Der/Die Betroffene kann zu einem Anhörungstermin im Gericht

- ☐ erscheinen
☐ nicht erscheinen, weil

.....

Meine Angaben beruhen auf dem Ergebnis meiner Untersuchung(en) vom
 und den Angaben der folgenden Personen:

.....

Aussteller(in) dieses Zeugnisses ist:

[Bitte Angaben in Druckbuchstaben oder mit Stempel]

Name, ggf: Titel:

Vorname:

Arzt/Ärztin für:

ggf. Klinik:

Anschrift:

.....
 (Ort und Datum)

.....
 (Unterschrift)