

Ärztliches Zeugnis zur Bestellung einer Betreuerin oder eines Betreuers und zur Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen

Herr/Frau.....

geboren am..... ,

wohnhaft

zurzeit

leidet nach dem Ergebnis meiner **Untersuchung vom**an
folgenden **psychischen Krankheiten oder geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderungen** [Bitte Diagnosen angeben]:

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

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

- Vermögensangelegenheiten
- allgemeine/ 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 konkrete Gefahr, dass der/die **Betroffene** durch eigenes unüberlegtes **rechtsgeschäftliches Handeln** 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 äußern.

Ein **Wegfall der Betreuungsbedürftigkeit** ist nach ärztlicher Erfahrung

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

Aus ärztlicher Sicht sind zum Wohle des/der Betroffenen **folgende freiheitsentziehenden Maßnahmen notwendig:**

Anbringen mechanischer Vorrichtungen in Form

- eines Bettgitters
- eines Feststeltisches
- eines Leibgurtes
-

Gabe sedierender Medikamente mit dem Wirkstoff

.....
in einer Dosis von

Sonstige Maßnahmen in Form von

.....

Ohne diese Maßnahmen bestünde auf Grund der Krankheit bzw. der Behinderung die Gefahr, dass der/die Betroffene

- sich selbst tötet.
- sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt durch
-

Zur Abwendung dieser Gefahr sind die Maßnahmen notwendig:

- ununterbrochen über einen Zeitraum von ... Tagen - Wochen.
- regelmäßig zur Nachtzeit.
- tagsüber von bis Uhr.
- ganztätig.

Stimmt der/die Betroffene den vorgeschlagenen Maßnahmen zu?

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

Er/Sie kann den **Inhalt und die Tragweite der Erklärung**

- erfassen nicht erfassen.

Könnte er/sie ohne die Maßnahmen sich noch selbst fortbewegen oder würde er/sie es versuchen?

- Ja Nein Nicht beurteilbar.

Mit dem **Wegfall der Notwendigkeit der Maßnahmen** ist

- in absehbarer Zeit nicht zu rechnen.
- in einem Zeitraum von zu rechnen.

Aussteller(in) dieses Zeugnisses ist:

[Stempel]

(Ort und Datum)

(Unterschrift)