

**Ärztliches Zeugnis zur Bestellung einer Betreuerin bzw. eines
Betreuers und zur Unterbringung mit Freiheitsentzug**

Herr/Frau,
geboren am, Geburtsname:,
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 einer möglichen und erforderlichen Behandlung zu?

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

Kann er/sie selbst nach vernünftigen Erwägungen darüber entscheiden?

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

Liegt eine schriftliche Vollmacht des/der Betroffenen vor, in der eine andere Person ausdrücklich zur Entscheidung über die Untersuchung und Behandlung sowie über eine Unterbringung mit Freiheitsentzug ermächtigt worden ist?

Nein.

Ja. Die Vollmacht ist am erteilt worden. Bevollmächtigter ist Herr/Frau, geboren am, wohnhaft, Tel.:

Er/Sie hat dem Aufenthalt in der Klinik zugestimmt.

Er/Sie ist nicht erreichbar.

Er/Sie lehnt den Verbleib in der Klinik ab, 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 zu erwarten.

in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. zeitlich nicht einzuschätzen.

Die Unterbringung des/der Betroffenen mit Freiheitsentzug ist erforderlich, weil

- auf Grund der Krankheit/Behinderung die Gefahr besteht, dass er/sie
 sich tötet sich einen gesundheitlichen Schaden zufügt
 und
 ohne die Unterbringung
 eine Untersuchung eine Heilbehandlung ein ärztlicher Eingriff

nicht durchgeführt werden kann/können und der/die Betroffene auf Grund der Krankheit/Behinderung

- die Erforderlichkeit der Unterbringung nicht zu erkennen vermag.
 nicht nach der vorhandenen Einsicht zu handeln vermag.

Mit dem Aufschub der Unterbringung bis zur Entscheidung in der Hauptsache in einigen Wochen kann nicht gewartet werden, weil

Ein Wegfall der Unterbringungsbedürftigkeit ist

- in einem Zeitraum von zu erwarten.
 noch nicht abzuschätzen. auf absehbare Zeit nicht zu erwarten.

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

Aussteller(in) dieses Zeugnisses ist [Stempel oder Angaben in Druckbuchstaben]:

Herr/Frau

Arzt/Ärztin für

Adresse:

Die Richtigkeit dieser Angaben bezeuge ich durch meine Unterschrift:

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)