

Ärztliches Zeugnis zur Bestellung 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
- Behördenangelegenheiten
- allgemeine Gesundheitsfürsorg
- psychiatrische Gesundheitsfürsorge
- Aufenthaltsangelegenheiten
- Wohnungsangelegenheiten
- Heimangelegenheiten
-

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 Feststelltisches
 - 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.
- ganztägig.

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 vonzu rechnen.

Aussteller(in) dieses Zeugnisses ist:

[Stempel]

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift)