

# Ärztliches Zeugnis

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Wohnanschrift, evtl. gegenwärtiger Aufenthaltsort des/der Patienten/in

Zweck des Zeugnisses:

Vorlage beim Amtsgericht zur Prüfung

- der Einrichtung einer Betreuung
- der Verlängerung einer Betreuung
- einer unterbringungsähnliche Maßnahme

Der letzte Untersuchungstermin war am: \_\_\_\_\_

Der/die Betroffene konsultiert mich als Hausarzt/Facharzt seit: \_\_\_\_\_

Auf Grund meiner Untersuchungen gehe ich von folgender Diagnose aus:

**Somatische Erkrankungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Psychische Erkrankungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich rege an, eine Betreuung für meine/n Patienten/in mit folgenden Aufgabenkreisen einzurichten:

- Aufenthaltsbestimmung       Sorge für die Gesundheit
- Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post
- Vermögenssorge       Behörden- und Versicherungsangel.
- Wohnungsangel.       unterbringungsähnliche Maßnahmen

andere Aufgabenkreise: .....

- Ich rege an, die bestehende Betreuung
- unbefristet fortzuführen
  - nach \_\_\_\_\_ Jahren zu überprüfen, da Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustandes besteht

Die eingerichteten Aufgabenkreise sollen

- beibehalten werden
- wie folgt erweitert/eingeschränkt werden:

Folgende unterbringungsähnliche Maßnahmen, gem. § 1906 Abs. 4 BGB, sind erforderlich:

- Bettgitter       Bauchgurt       Stecktisch am (Roll-)Stuhl
  - mechanische/nicht mechanische Sicherung gegen Weglaufen
  - nachts       auch tagsüber
- 

Diese Maßnahme ist notwendig, weil folgende konkrete Gefahr erheblicher Gesundheitsschäden besteht:

- bereits erfolgter Sturz
- Sturzgefahr
- Der/die Betroffene neigt dazu, sich aus der Einrichtung zu entfernen und würde ggf. orientierungslos herumirren

Ein Einverständnis zu dieser Maßnahme

- wird vom Patienten ausdrücklich verweigert
- kann nicht erteilt werden, da dem Patienten die hierfür erforderliche (natürliche) Einsicht und Steuerungsfähigkeit fehlt
- ist nicht feststellbar, da eine Verständigung mit ihr/ihm nicht möglich ist

Sonstige Angaben (z.B. Eilbedürftigkeit)

---

---

---

, den

---

Herr/Frau Dr. :

Unterschrift u. Stempel des Arztes: