

# Ärztliches Zeugnis

www.betreuungsnetz.de

Absender oder Stempel des Arztes

bzw. ausfüllen!

Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnanschrift (evtl. gegenwärtiger Aufenthaltsort in Klinik oder anderer Einrichtung) des/der Patienten/in

Zutreffendes bitte ankreuzen

**Zweck des Zeugnisses: Vorlage beim Betreuungsgericht zur Prüfung**

- der Anordnung einer (vorläufigen) Betreuung  
 der Verlängerung einer Betreuung bei offensichtlich unveränderter Betreuungsbedürftigkeit

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

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

Aufgrund meiner Untersuchungen gehe ich von folgender **Diagnose** aus:

- hirnorganisches Psychosyndrom  
 Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis  
 Suchtkrankheit (Alkoholismus, Politoxikomanie u. a.)  
 geistige Behinderung     senile Demenz  
 \_\_\_\_\_

Ich rege an, eine rechtliche **Betreuung** für meinen Patienten mit folgenden Wirkungskreisen anzuordnen:

- Gesundheitssorge     Aufenthaltsbestimmung     Vermögenssorge  
 Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten- u. Sozialleistungsträgern  
 Postkontrolle im Rahmen der angeordneten Wirkungskreise  
 \_\_\_\_\_

Ich rege an, die bestehende Betreuung mit folgendem Wirkungskreisen zu verlängern:

- wie bisher  
 Gesundheitssorge     Aufenthaltsbestimmung     Vermögenssorge  
 Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten- u. Sozialleistungsträgern  
 Postkontrolle im Rahmen der angeordneten Wirkungskreise  
 \_\_\_\_\_

Kann der/die Betroffene die Entscheidungen in den in oben genannten Wirkungskreisen noch selbst nach vernünftigen Erwägungen treffen?

- Ja
- Nein

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

- Nein
  - Ja, weil \_\_\_\_\_
- 

Stimmt der/die Betroffene einer 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.

Der/Die Betroffene kann zu einem Anhörungstermin im Gericht

- erscheinen.
- nicht erscheinen, weil \_\_\_\_\_

- Soweit erforderlich, bin ich auch zur Erstellung eines ausführlichen Sachverständigengutachtens bereit. Der/die Betroffene hat mich von der ärztlichen Schweigepflicht befreit. Bitte übersenden Sie mir einen Gutachterauftrag.

- Sonstige Angaben (z. B. Eilbedürftigkeit) \_\_\_\_\_
- 

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Herr/Frau Dr. \_\_\_\_\_  
(Unterschrift bitte deutlich lesbar oder Namensstempel)