

Stempel d. Arztes

Amtsgericht Simmern/Hunsrück
Schulstraße 5
55469 Simmern

Ärztliches Zeugnis für

Name, Vorname, Geburtsdatum

Wohnanschrift, evtl. gegenwärtiger Aufenthaltsort d. Patienten

Zweck des Attestes:

Vorlage beim Betreuungsgericht zur Prüfung

- der Anordnung einer vorläufigen Betreuung
- der Verlängerung einer Betreuung bei offensichtlich unveränderter Betreuungsbedürftigkeit
- einer unterbringungsähnlichen Maßnahme (Bettgitter u.a.)
- einer Unterbringung (geschlossen / beschützend, s.u.)

Der letzte Untersuchungstermin war am _____

D. Betroffene konsultiert mich als Hausarzt / Facharzt seit _____

Aufgrund meiner Untersuchungen gehe ich von folgender Diagnose aus:

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

Ich rege an, eine Betreuung für meinen Patienten anzuordnen mit folgendem Aufgabenkreis:

- Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitsfürsorge
- Vermögensverwaltung
- Anhalten, Entgegennahme und Öffnen der Post
- umfassend
- _____

Ich rege an, die bestehende Betreuung für weitere ____ Jahre zu verlängern mit folgendem Aufgabenkreis:

- wie bisher
- Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitsfürsorge
- Vermögensangelegenheiten
- Anhalten, Entgegennahme und Öffnen der Post
- umfassend
- _____

Ich rege an, d. Betroffene/n

- in einem geeigneten Krankenhaus / einer geeigneten Klinik geschlossen unterzubringen.
- beschützend in einer Pflegeeinrichtung unterzubringen.
- D. Betroffene bedarf dringend ärztlicher Behandlung, die wegen der fehlenden Krankheitseinsicht ohne Unterbringung nicht erfolgen kann. Ohne ärztliche Behandlung besteht eine erhebliche Gefährdung d. Betroffenen.
- Es besteht die Gefahr, dass d. Betroffene sich tötet oder erheblichen Schaden zufügt.
- Dies ergibt sich aus folgenden Feststellungen:

Ich rege an, für d. Betroffene/n folgende unterbringungsähnliche Maßnahmen zu genehmigen:

- Bettgitter
- Bauchgurt am Rollstuhl
- Bauchgurt im Bett
- sedierende Medikamentierung, die nicht hauptsächlich zu Heilzwecken dient
- _____

Diese Maßnahme ist notwendig weil

- aufgrund des körperlichen Zustands von einer Sturzgefahr auszugehen ist.
- d. Betroffene allein nicht mehr gehfähig ist.
- _____

Das Einverständnis zu dieser Maßnahme

- wurde vom Patienten ausdrücklich verweigert.
- kann der Patient nicht selbst erklären, da ihm die hierfür erforderliche (natürliche) Einsichtsfähigkeit fehlt.

Bislang wurden folgende Alternativen zu unterbringungsähnlichen Maßnahmen getestet

(Bitte alle durchgeführten Maßnahmen und deren Zeitraum auflisten, zum Beispiel: Kraft- und Balancetraining, Sicherung der Umgebung, Niederflurbetten, Protektoren, Antirutschsocken, RCN-Walker, Sensormatten, Anti-Rutschmatten, Überprüfung von Seh- und Hörhilfen, Medikamentenumstellung)

Die erprobten Alternativen waren erfolglos, weil

(Begründung angeben)

Sonstige Angaben (z.B. Eilbedürftigkeit) : _____

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)
(bitte deutlich lesbar oder Namensstempel)

Soweit eine Betreuung bereits besteht, können die Kosten für dieses Zeugnis vom Betreuer beim Betreuungsgerecht als Auslagen geltend gemacht werden. Das Formblatt enthält nur Mindestangaben. Für weitere Angaben sollte ein Beiblatt verwendet werden.