

**Ärztliches Zeugnis zur Bestellung einer Betreuerin oder 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
- allgemeine/ 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 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 Feststeltisches
- 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.
- ganztätig.

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 von ..... zu rechnen.

**Aussteller(in) dieses Zeugnisses ist:**

[Stempel]

**(Ort und Datum)**

**(Unterschrift)**