

# Ärztliches Zeugnis zur Bestellung einer Betreuerin bzw. eines Betreuers

Herr/Frau .....

geboren am .....

wohnhaft .....

leidet an den folgenden psychischen Krankheiten oder geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderungen [Bitte Diagnosen oder Hauptsymptome angeben!]:

.....  
.....  
.....  
.....

Deswegen kann der/die Betroffene aus ärztlicher Sicht die folgenden Angelegenheiten nicht selbst besorgen:

- Vermögensangelegenheiten
- Behördenangelegenheiten
- allgemeine Gesundheitsfürsorge
- 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 Gefahr, dass der/die Betroffene durch eigenes rechtsgeschäftliches Handeln in oben genannten Angelegenheiten 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 nicht äußern.

Ein Wegfall der Betreuungsbedürftigkeit ist

- in einem Zeitraum von ..... bis ..... zu erwarten.
- in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.
- zeitlich nicht einzuschätzen.

Der/Die Betroffene kann zu einem Anhörungstermin im Gericht

- erscheinen
- nicht erscheinen, weil

.....

.....

Meine Angaben beruhen auf dem Ergebnis meiner Untersuchung(en) vom .....  
 und den Angaben der folgenden Personen:

.....

.....

.....

Aussteller(in) dieses Zeugnisses ist:

[Bitte Angaben in Druckbuchstaben oder mit Stempel]

Name, ggf: Titel:

Vorname:

Arzt/Ärztin für:

ggf. Klinik:

Anschrift:

.....

(Ort und Datum)

.....

(Unterschrift)