

Ärztliche Stellungnahme zur Betreuungsbedürftigkeit

für Herrn / Frau _____, geb. am _____

Sollte das Formblatt zur Beantwortung der Fragen nicht ausreichen bitten wir Sie um Beilage eines Extrablattes

Welche psychiatrische Krankheit oder körperliche, geistige oder seelische Behinderung liegt bei d. Betroffenen vor?

Bitte erläutern Sie Ihre Diagnose möglichst genau und nennen Sie auch die Grundlage für Ihre Diagnose.

Welche normalerweise vorhandenen Fähigkeiten sind durch die oben diagnostizierte Krankheit oder Behinderung schon ganz verloren gegangen? Bestehen Einschränkungen im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich? Welche funktionalen Einschränkungen bestehen?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung | <input type="checkbox"/> Zubereiten von Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> Körperhygiene |
| <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden | <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> Bedienung techn. Geräte |
| <input type="checkbox"/> selbst. Einnahme v. Medikamenten | <input type="checkbox"/> Störung der Belastbarkeit | <input type="checkbox"/> Störung d. Konzentrationsfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Störung des Antriebs | <input type="checkbox"/> Störung Kurzzeitgedächtnis | <input type="checkbox"/> Störung Langzeitgedächtnis |
| <input type="checkbox"/> Minderung d. Kritikvermögens | <input type="checkbox"/> Einschränkung soz. Kontakte | <input type="checkbox"/> Einschränkung Beziehungsfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Einschränkung Sprachfähigkeit | <input type="checkbox"/> Einschränkung Hörvermögen | <input type="checkbox"/> Störung d. Gehfähigkeit |

- Einschränkung der
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> örtlichen Orientierung | <input type="checkbox"/> zeitlichen Orientierung |
| <input type="checkbox"/> Orientierung zur Person | <input type="checkbox"/> situativen Orientierung |
- _____

Kann d. Betroffene seinen/ihren Willen bzgl. der gesetzlichen Betreuung frei bestimmen, d.h. ist er/sie in der Lage, seinen/ihren Willen unbeeinflusst von der Krankheit oder Behinderung zu bilden und nach zutreffend gewonnenen Einsichten handeln?

- ja nein

Besteht eine akute Gefährdung des Lebens oder des Gesundheitszustandes?

- ja nein

Grund: _____

Ist Eile bei der Betreuerbestellung geboten (vorläufige Betreuerbestellung) – Angabe von Gründen:

- ja nein

Grund: _____

Könnte eine gesetzliche Bereuung (rechtliche Vertretung) durch weniger einschneidende Maßnahmen (z.B. Einschalten v. Verwandten, Pflegedienst u.a. Hilfen) vermieden werden?

- ja nein

Ist d. Betroffene zur Erteilung einer rechtsgültigen Vollmacht fähig?

ja nein

In welchen Bereichen sollte der künftige Betreuer das Recht der gesetzlichen Vertretung ausüben können?

Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsorge Vermögenssorge
 Wohnungsangelegenheiten Heimangelegenheiten Vertretung vor Behörden

Ist ein Einwilligungsvorbehalt nötig, d.h. die grds. Zustimmung des Betreuers zu allen Willenserklärungen d. Betroffenen innerhalb des Aufgabenkreises?

Grundlage ist die erhebliche Gefährdung der Person oder des Vermögens d. Betroffenen

ja nein

Grund: _____

Welche Prognose kann über die weitere Entwicklung des Zustandes d. Betroffenen abgegeben werden? Bitte begründen Sie Ihre Aussage kurz:

Welche Angaben können zur voraussichtlichen Dauer der gesetzlichen Betreuungsbedürftigkeit gemacht werden? Bitte begründen Sie Ihre Aussage kurz:

Können die Entscheidungsgründe d. Betroffenen ohne erhebliche Gesundheitsgefährdung mitgeteilt werden?

ja nein

Grund: _____

Die gemachten Angaben beziehen sich auf die persönliche Untersuchung vom: _____

_____, _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift / Stempel)