

(bitte nachfolgende Angaben in jedem Fall vollständig und leserlich ausfüllen)

Name:	Vorname:
Fachärztin / Facharzt für:	
Anschrift:	
Telefon:	Fax:

Amtsgericht Lindau (Bodensee)  
- Betreuungsgericht -  
Stiftsplatz 4  
88131 Lindau (Bodensee)

Fax: 08382/2607-503

**Ärztliches Zeugnis über die Erforderlichkeit einer unverzüglichen ärztlichen Zwangsmaßnahme (§ 1906 Absätze 3 und 3a BGB)**

1.  Frau  Herr

Name:	Vorname:
ggf. Geburtsname:	geb. am:
wohnhaft:	
derzeit (Station, stationärer Aufenthalt seit...):	
Telefon:	

leidet nach meiner ärztlichen Einschätzung vom \_\_\_\_\_ an

einer psychischen Krankheit, nämlich (Diagnose):

\_\_\_\_\_

einer seelischen Behinderung, nämlich (Diagnose):

\_\_\_\_\_

einer geistigen Behinderung, nämlich (Diagnose):

\_\_\_\_\_

2. Betreuung / Vorsorgevollmacht  liegt vor (Nachweis anbei)  liegt nicht vor.

3. Die Krankheit / Behinderung zeigt sich in den folgenden Symptomen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Welche ärztlichen Maßnahmen sollen durchgeführt werden?

Zwangsmedikation

Name des Medikaments

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Wirkstoff

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Dosierung

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Nebenwirkungen

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zwangsernährung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Untersuchung des Gesundheitszustands: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Heilbehandlung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Die ärztliche Zwangsmaßnahme soll durchgeführt werden für die Dauer von \_\_\_\_\_

(Die gerichtliche Anordnung erfolgt im Weg der einstweiligen Anordnung für maximal 2 Wochen)

6. Die / der Betroffene  ist mit der ärztlichen Maßnahme ausdrücklich nicht einverstanden.  
 kann auf Grund der oben genannten Diagnose die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln.

7. Es wurde zuvor versucht, die Betroffene / den Betroffenen von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Darlegung, wer seit wann mit welchem zeitlichen Aufwand versucht hat, die oder den Betroffenen zu überzeugen. Es bedarf auch der Darstellung der fachlichen Eignung der Person, sofern es keine Ärztin / kein Arzt gewesen sein sollte.)

8. Welcher erhebliche gesundheitliche Schaden droht, wenn die ärztlichen Maßnahmen unterbleiben?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Kann der erhebliche gesundheitliche Schaden durch ein anderes der Betroffenen / dem Betroffenen zumutbaren Maßnahme abgewendet werden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Überwiegt der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme deutlich die zu erwartende Beeinträchtigung (Chancen/Risiken-Bewertung)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Eine unverzügliche Zwangsbehandlung setzt voraus, dass mit dem Aufschub des Abwartens auf das fachärztliche Gutachten Gefahr im Verzug verbunden ist. Worin besteht die konkrete Gefahr (Selbst- oder Fremdgefährdung)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Bei der richterlichen Anhörung können folgende Schwierigkeiten auftreten:

Schwerhörigkeit  Sehbehinderung  Gehbehinderung  Sonstige: \_\_\_\_\_

Erfordernis eines Dolmetschers für \_\_\_\_\_

Die richterliche Anhörung soll stattfinden:

im Gericht  in der eigenen Wohnung  in/im \_\_\_\_\_

13. Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Richtigkeit dieser Angaben bezeuge ich durch meine Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum                      Ort                      Unterschrift der Ärztin / des Arztes