

Klinikstempel / Absenderangabe

EILT !

*Bitte sofort d. zuständigen
Richter/in vorlegen!*

Amtsgericht Bad Kissingen
- Betreuungsgericht -

per Telefax: 0971/ 8208-263

Datum: _____

Anregung zur Anordnung einer **vorläufigen Betreuung** bei
dringender medizinischer Behandlungsbedürftigkeit

- gleichzeitig: **Ärztliche Stellungnahme** -

*(Dieses Formular ist ausschließlich **von einem Arzt/einer Ärztin** und **gut leserlich** auszufüllen
und per Fax an das AG Bad Kissingen zu senden.)*

1 a) Vollst. Name d. **ausstell. Arztes/Ärztin**: _____

b) Funktion d. ausstell. Arztes/Ärztin: _____

c) Tel.-Nr. (Durchwahl) d. Arztes/Ärztin: _____

d) Faxnummer: _____

2 a) Vollst. Name d. **Patienten/in**: _____

b) Geburtsdatum: _____

c) Adresse: _____

d) Seit wann befindet er/sie sich in der Klinik? _____

e) Auf welcher **Station** befindet er/sie sich aktuell? _____

3 a) Besteht bereits eine **Betreuung** (bei welchem Gericht)? Wer ist Betreuer (Adresse, Tel.)?

nein

ja, nämlich:

b) Liegt eine **Vorsorgevollmacht** vor? Wer ist bevollmächtigt (Adresse, Telefon?)

nein

ja, nämlich:

Falls „ja“: Die Vollmacht ist als Anhang beigelegt.

c) Existiert eine **Patientenverfügung**?

nein ja

Falls „ja“: Die Patientenverfügung ist als Anhang beigefügt.

d) Ist bereits bei einem anderen Gericht eine Betreuung angeregt worden? Wenn ja, wo?

4

a) Aufgrund welcher **Diagnose** ist d. Pat. **nicht selbst einwilligungsfähig**, so dass eine Betreuung zumindest für den Aufgabenkreis der **Gesundheitsfürsorge** erforderlich ist? Bitte allgemeinverständlich beschreiben!

b) Auf welchen **ärztlichen Feststellungen** beruht diese Diagnose? Bitte allgemeinverständlich beschreiben!

c) Wie lange wird dieser Zustand voraussichtlich (noch) andauern (**vorläufige Prognose**)?

d) Ist d. Pat. **kontaktierbar**, ggf. auch nur non-verbal?

ja nein

5

a) Welche **ärztliche/n Maßnahme/n** ist/sind **aktuell dringend erforderlich**? Bitte allgemeinverständlich beschreiben!

b) Wie lange kann mit der Durchführung der ärztlichen Maßnahme ohne Gefahr für Leib oder Leben d. Pat. noch gewartet werden?

c) Wie äußert sich d. Betroffene zu diesen Maßnahmen?

6

Für welche Bereiche wird eine Betreuung angeregt?

- Gesundheitsfürsorge, sowie die hierfür erforderliche Aufenthaltsbestimmung
- Vertretung gegenüber Behörden und Versicherungen
- Abschluss eines Heim- und Pflegevertrages
- Organisation der ambulanten Versorgung
- Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post i.R. der Aufgabenkreise
- Entscheidung über Unterbringung/unterbringungsähnliche Maßnahmen
- Vermögenssorge
- _____

7

a) Wer sind die **nächsten Angehörigen** d. Pat. (Ehegatte, Kinder, Eltern etc.)? Bitte **Name(n)**, **Adresse(n)** und Stellung zum/zur Pat., **Telefonnummer(n)** (insb. **Mobil-Tel.Nr.**) angeben.

b) Wer kommt als (vorläufiger) **Betreuer** in Betracht, insbes. von den vorstehend aufgeführten Personen? Wer hat sich ggf. bisher um die Angelegenheiten d. Pat gekümmert?

c) Ist die in Betracht kommende Person bereit, als (vorläufiger) Betreuer zu fungieren?

- ja nein

d) Befürwortet d. vorgeschlagene Betreuer(in) die unter **5.a.** genannten Maßnahmen?

- ja nein

(Unterschrift d. ausstellenden Arztes/Ärztin)